

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**Thiago Batista Rocha**

**ENTRE LÁ E CÁ**

Nexos e mediações na produção de um ensaio clínico

Orientadora: Prof. Dra. Ceres Gomes Víctora

Porto Alegre  
2019

THIAGO BATISTA ROCHA

**ENTRE LÁ E CÁ**

Nexos e mediações na produção de um ensaio clínico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

Orientadora: Prof. Dr. Ceres Gomes Víctora

Porto Alegre  
2019

## CIP – Ficha de Catalogação

Rocha, Thiago Batista

Entre lá e cá: nexos e mediações na produção de um ensaio clínico / Thiago Batista Rocha. -- 2019.

87 f.

Orientadora: Ceres Gomes Víctora.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Profilaxia Pré-Exposição. 2. HIV/AIDS. 3. Ensaio Clínico Randomizado. 4. Diferença. I. Víctora, Ceres Gomes, orient. II. Título.

THIAGO BATISTA ROCHA

**ENTRE LÁ E CÁ**

Nexos e mediações na produção de um ensaio clínico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira (UFGD)

---

Profa. Dra. Paula Sandrine Machado (UFRGS)

---

Profa. Dr. Cauê Fraga Machado (UFRGS)

---

Profa. Dra. Ceres Gomes Víctora (Orientadora)

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa não teria sido feita sem a colaboração das pessoas que aceitaram partilhar comigo suas histórias e seus conhecimentos. Com elas aprendi que é na relação com as pessoas que o aprendizado se torna possível.

Às pessoas em tratamento com PrEP, agradeço pela disponibilidade de gentilmente compartilharem comigo informações pessoais e a crença de que falar sobre prevenção ao HIV é importante. Dentre as muitas coisas que me ensinaram está a lição de que quão pode ser inadequada pode ser a ideia de que jovens não se importam com esse tema.

Aos(às) profissionais de saúde agradeço pela solidariedade com a realização de minha pesquisa e por me fazerem compreender as complexidades e responsabilidades envolvidas no cuidado com a vida humana. A dedicação com que atendem quem precisa certamente faz a diferença.

Agradeço a meu pai pela dedicação e a minha mãe pelas lições de vida por me dar exemplos de o que é ser forte. À minha avó nenhum agradecimento é suficiente. Sem seu esforço nenhum de não teria chegado a nenhuma parte.

Agradeço à professora Ceres Víctora pela orientação e por contribuir com a minha trajetória acadêmica. Agradeço pelos aprendizados que me proporcionou durante os anos de convivência.

Agradeço aos(às) professores(as) da graduação e da pós-graduação por me ajudarem a ver a realidade de outro modo. Agradeço também aos(às) funcionários(as) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que são parte indispensável de qualquer trajetória acadêmica.

Agradeço aos(às) colegas e amigos(as) que me acompanharam durante meu percurso na universidade. Agradeço pelo companheirismo que alivia os momentos mais difíceis da vida acadêmica.

Agradeço à Yara pela amizade, pelos comentários ao trabalho, pelos momentos de descontração e por me ajudar a lidar com as inseguranças. Agradeço à Ranna pela solidariedade e a todos(as) os(as) colegas aprovados via ações afirmativas pelos vários motivos de orgulho.

Agradeço a professor Esmael Oliveira, Paula Machado e Cauê Machado pela disponibilidade em participar da banca e desse momento tão importante de minha trajetória.

Agradeço, por fim, ao(à) leitor(a) que demonstra interesse nas questões que desenvolvo neste trabalho.

## RESUMO

Através do acompanhamento de um ensaio clínico randomizado sobre a Profilaxia Pré-Exposição conduzido na cidade de Porto Alegre, este trabalho investiga as distintas relações que tornam possível a realização de uma prevenção antirretroviral. Ao explorar o quadro de referências que balizam a prevenção ao HIV/AIDS, são identificados nexos através dos quais diretrizes globais de saúde são incorporadas em campos médicos locais. A descrição feita do trabalho de mediação necessário para a operacionalização de um ensaio clínico exemplifica as dinâmicas a partir das quais procedimentos de tratamento passam por apropriações e possibilitam a produção de evidências através de uma pesquisa médica. Ao estabelecerem relações entre si, os usuários de Profilaxia Pré-Exposição se movimentam através do espaço social e assim se inserem nas práticas de tratamento. Por meio de seu engajamento corporificado no campo experimental do HIV, estes sujeitos informam o que é aferido pelos ensaios clínicos e, por consequência, aquilo que pode vir a ser inscrito nas diretrizes globalizadas de tratamento do HIV.

Palavras-chave: Profilaxia Pré-Exposição, HIV/AIDS, Ensaio Clínico Randomizado, Diferença.

## ABSTRACT

By following a randomized controlled trial about Pre-Exposure Prophylaxis which took place in Porto Alegre, Brazil, this essay investigates the different relations that enact antiretroviral prevention. Through the exploration of the field of references that frames HIV prevention, nexus between global health guidelines and local medical settings are identified. The description of the mediative work put forward by researchers so that a clinical trial can take place exemplifies the dynamics of appropriation through which treatment norms are carried out and through which medical research evidences are produced. As PrEP users establish connections amongst each other they move throughout social space and take part in treatment practices. By means of their embodied engagement with the experimental field of HIV, these subjects inform what is assessed by clinical trials and, consequently, that which may be inscribed in globalized HIV treatment guidelines.

Key Words: Pre-exposure Prophylaxis, HIV/AIDS, Randomized Controlled Trials, Difference.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>1 A BUSCA DE UMA NOVA NARRATIVA</b> .....	9
1.1 Diretrizes e recomendações.....	13
1.2 A PrEP e suas Conexões .....	16
1.3 Além da medicalização .....	20
<b>2 DINÂMICAS DE INCLUSÃO</b> .....	29
2.1 Esquema de tratamento .....	30
2.2 Definindo papéis .....	40
2.3 Um olhar diferenciado.....	43
<b>3 OS SUJEITOS E SUAS RELAÇÕES</b> .....	50
3.1 Entre o experimental e o terapêutico.....	52
3.2 O que se sabe o que se procura saber .....	58
3.3 Relações e Aferições .....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	76

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de randomização. Figura adaptada do material instrucional do estudo.....	33
Figura 2. Formulário de Dispensa de Antirretrovirais. ....	77
Figura 3. Formulário de Dispensa de PrEP. ....	79

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

iPrEx - Preexposure Prophylaxis Initiative

NIH – National Institute of Health

OMS - Organização Mundial da Saúde

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

SUS - Sistema Único de Saúde

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

TasP - Treatment as Prevention

TTP - Tratamento para todas as Pessoas

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## INTRODUÇÃO

Em inícios dos anos 2000, as políticas de combate ao HIV intensificaram a importância da chamada prevenção combinada como estratégia de enfrentamento ao HIV/AIDS. Essa associação de formas novas e antigas de evitar a infecção por HIV incluía sob si uma das inovações recentes a qual se atribui um dos maiores potenciais no controle da transmissão do vírus. Chamada de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), ela consiste no uso continuado de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não são infectadas pelo vírus, o que poderia reduzir as chances de alguém se infectar. Na esteira do incentivo dado ao início do tratamento de pessoas com o HIV tão logo exista o diagnóstico, a disseminação da PrEP é vista como uma maneira de controlar as taxas crescentes de infecção em diversas partes do mundo.

A extensão do uso de antirretrovirais para pessoas que não têm o vírus acrescenta ao campo do HIV um conjunto de discussões sobre como é concebido o sujeito que passa a utilizar a PrEP. Seja por preocupações políticas a respeito de uma medicalização excessiva da epidemia, resultante do uso preventivo de medicamentos, ou por apreensões sociais relativas a um eventual abandono do uso de preservativos masculinos, o usuário da PrEP ganha destaque e passa a ser visto como alguém que precisa estar sob a devida vigilância. Com a diversificação das abordagens sobre a questão, contudo, a PrEP passa a ser vista como algo atravessado por relações complexas que transcendem ao uso individual do medicamento. Nas palavras de Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013, p. 5, tradução nossa), no campo do HIV, assim como é possível perceber a partir de outras inovações no campo da saúde, “uma pílula de prevenção adquire sua capacidade de sê-lo somente através do uso, o qual inevitavelmente acarreta em relações e práticas sociais”.

Para que pudesse ser disponibilizada através do Sistema Público de Saúde (SUS) brasileiro, a PrEP suscitou uma série de interações que vão desde as investigações clínicas, passando por disputas pela liberação do tratamento até chegar nas mediações que viabilizam seu uso pelas pessoas. Considerar as formas de troca que são estabelecidas ao se percorrer essas diferentes etapas é uma forma, portanto, de compreender como os sujeitos estabelecem conexões entre si. Ao tomar como objeto de discussão a condução de um ensaio clínico que investiga um novo medicamento a ser utilizado como PrEP, este trabalho almeja conhecer de que maneiras a organização deste tratamento estabelece relações sociais e de que modo essas relações possibilitam fluxos de conhecimento a respeito da prevenção ao HIV.

Tal como em outras cidades do país, a PrEP é disponibilizada na cidade de Porto Alegre desde o ano de 2017. Como seu público-alvo, este tratamento se destina a homens que se relacionam sexualmente com homens, a pessoas trans (cujo gênero difere das expectativas sociais em relação ao sexo biológico), a pessoas que trabalham com sexo e a pessoas que tenham um(a) parceiro(a) infectado(a) pelo vírus HIV. Através de serviços públicos de saúde onde é feito o atendimento de pessoas em tratamento antirretroviral para HIV, os sujeitos que pertençam a esse grupo, chamado pelas autoridades sanitárias de prioritário, realizam testes de saúde periódicos e obtêm acesso aos medicamentos. Em razão de a PrEP já estar presente em serviços de saúde de Porto Alegre, a escolha por observar um ensaio clínico situado nesta cidade se dá precisamente porque a investigação de uma nova variante do tratamento é o resultado de iniciativas que visam a reforçar a prevenção antirretroviral como uma alternativa de evitar a infecção pelo vírus HIV.

Na medida em que o ensaio clínico resulta da busca de pesquisadores para se inserirem em redes de pesquisa que efetuam investigação médica na área do HIV, como será detalhado adiante, ele permite ver os meios pelos quais os sujeitos se mobilizam em torno da PrEP. Como o ensaio clínico em questão é multicêntrico, isto é, realizado em diferentes países, cada local onde ele se encontra conta com um agrupamento diferente de pesquisadores, mediadores e sujeitos de pesquisa. Desse modo, as atividades locais ensejadas por esse estudo clínico expressam as dinâmicas particulares de Porto Alegre.

As ramificações do ensaio clínico para fora do espaço dessa cidade, no que diz respeito tanto ao local de onde emana a vinculação da pesquisa clínica observada quanto às diretrizes em saúde que lhe servem de estímulo, exigem, portanto, que se busquem meios de acessar o que é feito em lugares distantes. Para este fim, além da observação feita junto às atividades da pesquisa, apoio-me também na análise de documentos através dos quais procurei estabelecer relações analíticas entre as práticas globais e as práticas locais de elaboração sobre a PrEP.

Como sugerem Akhil Gupta e James Ferguson (1997), os diferentes espaços onde o campo antropológico pode estar situado constroem não como um local fixo que se vincula a um “outro” delimitado em suas margens, mas como uma localização possível de ser realinhada em face das conexões analíticas estabelecidas ao longo de uma pesquisa. Ao refletirem sobre o campo como elemento constitutivo do trabalho etnográfico, eles entendem que a separação rigorosa entre um “aqui” e um “alhores” pode se tornar uma desvantagem quando por essa

distinção compreende-se uma separação geográfica e não uma diferença no espaço social. O movimento por entre localidades serviu-me, portanto, como um método valioso por possibilitar a construção de ligações entre diferentes pontos.

As relações que se estabelecem em torno da Profiáxia Pré-Exposição podem ser identificadas ao se compreender o campo como um espaço por onde circulam sujeitos, categorias e recomendações de tratamento. A atividade elaborativa através da qual se reconstituem os diferentes fragmentos obtidos através do trabalho de campo, seria, segundo José Magnani (1986), o que possibilita à pesquisa antropológica formular significados. Conforme o autor ressalva, essa elaboração não dispensa, contudo, o que se pode acessar através da observação, que são as particularidades dos atores envolvidos. Em vista disso, o presente trabalho etnográfico articula elementos obtidos através da interação àqueles obtidos documentos. Assim, busco formular, como sugere o autor, proposições com um grau maior de abstração.

A observação que conduzi precisou passar pela mediação dos profissionais de saúde responsáveis pela condução do estudo. Eles possibilitaram que eu não só frequentasse o local onde foi feito o ensaio clínico sobre a PrEP mas que pudesse também ter acesso aos sujeitos de pesquisa. De modo a preservar suas identidades, eu ocultei ou alterei seus nomes ao longo do texto eu evitei descrevê-los de maneira que eles pudessem ser facilmente identificados.

Como condição para a realização de uma observação em um contexto médico, umas das exigências é que não só os termos da realização pesquisa sejam avaliados pelos profissionais de saúde, mas também a maneira de como tematizar as questões que se mostrem relevantes, isto é, os sujeitos e contextos que venham a se tornar importantes para a pesquisa devem ser previamente definidos, bem como a maneira de abordá-los. Para uma disciplina que atribui relevância para as práticas êmicas e para as questões às quais os próprios interlocutores de pesquisa atribuem relevância, isso se torna restritivo quando a contextualização deve evitar formas de caracterização. Como forma de lidar com as exigências oriundas da maneira de fazer pesquisa na área biomédica, por vezes tive que abdicar de uma descrição mais pormenorizada de meus interlocutores. De maneira a contornar essas limitações quando pude, troquei ou omiti as especialidades médicas da equipe de pesquisa.

Ainda nesse registro, se em alguns momentos a caracterização dos espaços e instituições se torna diáfana, é porque a pesquisa junto a pesquisadores profissionais impõe algumas

condições que se tornam mais rígidas na medida em que o trabalho antropológico se afasta dos paradigmas de pesquisa no campo da biomedicina, ancorado em abordagens quantitativas e modelizações estatísticas. Em pesquisas médicas como um ensaio clínico, os sujeitos se tornam códigos de identificação que têm atrelados a si variáveis de pesquisa.

Ao ser recorrentemente questionado sobre meus métodos, especificamente a respeito de atingir o número de indivíduos previamente estabelecidos para minha pesquisa, enfatizei a relevância das interações com os usuários de PrEP em detrimento da relevância estatística, sobretudo quando se abordam assuntos pessoais. Ainda assim, tive que lidar com as implicações de observar um ambiente de atendimento médico. Nesse contexto, eu realizei entre os anos de 2017 e 2018 observações de atividades de divulgação do ensaio clínico, de reuniões do grupo que monitora o desenvolvimento do ensaio clínico, das atividades de inclusão de sujeitos de pesquisa e fiz entrevistas com estes e com membros da equipe de profissionais de saúde. Ao evitar a identificação direta de meus interlocutores de pesquisa atendo às condições de pesquisa colocadas em um contexto de ensaio clínico.

De maneira a articular o mapeamento das conexões estabelecidas em torno da realização de um ensaio clínico, organizo o trabalho em três capítulos. No primeiro, traço uma linha temporal entre as primeiras recomendações para o uso de PrEP e a inclusão deste tratamento no Sistema Único de Saúde. Ao longo desse percurso, identifico os nexos que ligam as diretrizes globais acerca do HIV às políticas brasileiras de prevenção e tratamento. Ao analisar o campo de referência segundo o qual as políticas de prevenção são elaboradas, destaco como formas de enquadrar conceitualmente a epidemia de HIV migram entre diferentes contextos. Quanto a esse ponto, as relações estabelecidas entre diretrizes de saúde global e protocolos nacionais de tratamento do HIV devem ser vistas não a partir do fluxo de categorias, mas do trânsito de conhecimento e da circulação de sujeitos que conectam os diferentes âmbitos de elaboração de políticas de saúde.

O segundo capítulo apoia-se nas diretrizes fornecidas pela rede de cooperação em pesquisa médica sobre HIV na qual se insere o ensaio clínico sobre a PrEP, nas observações feitas durante as atividades de divulgação e no acompanhamento das atividades de inclusão dos participantes da pesquisa clínica. Neste capítulo, enfoco as maneiras pelas quais um protocolo de pesquisa clínica se operacionaliza. Ao abordar o modo como as diretrizes de saúde almejam impactar a formulação de políticas locais de saúde e estimular inovações médicas, esse

segmento do trabalho trata também das mediações necessárias para que consensos da prevenção do HIV ganhem realidade

Os meandros de um ensaio clínico se tornam relevantes por sua posição intermediária entre o global e o local no que diz respeito às políticas de saúde. Através da observação realizada junto aos locais de atendimento, discuto neste capítulo como as mediações exercidas através de um ensaio clínico randomizado multicêntrico projetam, através de estratégias de generalização sobre o que é aferido no corpo dos sujeitos, as configurações sociais locais em um campo global de referências médicas. No sentido inverso, através da decodificação de prescrições generalizadas para a condução da pesquisa clínica, essas mediações intervêm junto aos sujeitos que buscam acessar os recursos da medicina.

No terceiro capítulo, exploro como os sujeitos se inserem no tratamento com PrEP. Embora se trate, neste caso, de um ensaio clínico e não de um tratamento disponibilizado através do sistema público de saúde, para os sujeitos de pesquisa este contexto de atendimento não deixa de representar um meio de acesso a um regime de tratamento. A partir das falas dos sujeitos a respeito de seu processo de inclusão no ensaio clínico, eu traço uma discussão sobre como a participação deles em um ensaio clínico, uma vez atravessadas as dinâmicas de inclusão e exclusão, tem efeito sobre o tratamento oferecido.

Ao partir do princípio que os sujeitos têm a sua trajetória social inscrita em sua corporalidade, desenvolvo, por fim, uma discussão sobre os modos possíveis nos quais o efeito que o corpo exerce sobre a atuação de um medicamento é refletido naquilo que é aferido por um ensaio clínico randomizado e, por conseguinte, nas diretrizes globalizadas de tratamento e prevenção ao HIV. Através dessa questão, exploro como as redes de relações dos sujeitos podem informar o campo de referência sobre prevenção ao HIV/AIDS.

## **1. A BUSCA DE UMA NOVA NARRATIVA**

O destaque dado ao uso de antirretrovirais como meio de fazer frente à disseminação do HIV/AIDS se aproxima da alternância de perspectivas que, ao longo da história da doença, buscam a forma mais apropriada de abordá-la e de atingir as pessoas afetadas por ela. Ao focar ora o indivíduo como ponto de atuação, ora os aspectos contextuais que caracterizam a epidemia, a oscilação entre essas proposições evoca os debates em torno do assunto que, como ressaltava Michael Pollak (1990), indicam o HIV/AIDS no que ele tem de revelador das tensões presentes na sociedade.

A depender do ponto de referência assumido, as particularidades das populações atingidas ganham maior ou menor relevo nas ações que incorrem sobre elas. O “ajustamento” na forma de se dirigir ao tema influi, assim, na apreciação da “justeza técnica” e da “justeza política” (POLLAK, 1990, p. 19) envolvidas nas questões que o HIV traz à tona. Dito de outro modo, a definição das maneiras de como formular e agir sobre esta questão de saúde coloca em perspectiva a precisão do parecer técnico e a avaliação das implicações sociais da doença sobre as pessoas mais afetadas.

Richard Parker (1993) identifica que nos primeiros anos da década de 1980, durante o surgimento da epidemia, a imagem da AIDS e dos grupos populacionais mais afetados por ela era baseada apenas de maneira parcial nas informações epidemiológicas então disponíveis. Isso não impedia, no entanto, que essa imagem tivesse força no direcionamento das reações à AIDS. Contrapor estas concepções a informações mais fundamentadas se provou, segundo o autor, uma tarefa particularmente árdua em razão das dificuldades na identificação dos sintomas que indicariam a infecção por HIV e em decorrência dos estereótipos que cercavam as pessoas debilitadas.

No contexto brasileiro em específico, à medida que o quadro da epidemia se tornava empiricamente mais claro, foi possível perceber que esta não se restringia, contrariamente ao que se imaginava, a homens homossexuais situados nos maiores centros urbanos do país e que ela se encontrava presente também em regiões e segmentos da população até então não percebidos como particularmente atingidos. Para além das possibilidades de infecção por contato sexual, a identificação da transfusão de sangue e do uso de drogas injetáveis como fatores relevantes na disseminação do vírus HIV tornou mais complexo aquilo que se sabia sobre a configuração da epidemia, a qual se alterou continuamente ao longo dos anos. A

capacidade da doença de atingir diferentes setores sociais e de refletir, assim, suas particularidades dificulta simplificações e faz, nos termos de Parker (1993), a complexidade da AIDS refletir as complexidades do próprio Brasil.

Ao longo da primeira década da epidemia, a urgência em responder às questões evidenciadas pela epidemiologia priorizou abordagens definidas pelas notificações dos casos de AIDS e investigações que buscassem outros pontos de aproximação se mostraram mais escassas. Na medida em que a preocupação em registrar as frequências dos fatores relacionados à AIDS influenciava uma “visão naturalista” (PARKER, 1995, p. 88) sobre a doença, esforços conceituais em compreendê-los se desdobraram mais lentamente. Com isso, ao passo que um viés descritivo direcionava o olhar sobre o que ocorria naquele momento, perspectivas teoricamente mais construcionistas tinham impacto pouco expressivo na orientação dos enquadramentos epidemiológicos.

No que diz respeito aos aspectos sexuais envolvidos na transmissão do HIV, os quais tendem a ganhar ênfase, Parker (1995, p. 89) avaliou que “o enfoque tem recaído, sobretudo, nos determinantes individuais do comportamento sexual e da mudança comportamental. Já as estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas, que potencialmente influenciam ou até mesmo moldam a experiência sexual, têm sido, com bastante frequência, ignoradas”. Em uma situação em que as abordagens dadas ao HIV/AIDS se estabelecem por vezes distantes dos contextos particulares da epidemia, surgiria, assim, uma disparidade entre as realidades locais e aquilo que recebe destaque nas maneiras de investigá-las.

Em momentos mais recentes, passados trinta anos do surgimento do HIV/AIDS, tratar da associação entre doença e estigma traz à tona como, no contexto brasileiro, formas de hierarquização são compreendidas diferentemente. Se, por um lado, elas são tidas como o resultado de representações sobre corpos marcados por uma diferença, por outro, elas são identificadas como consequências de processos sociais. Em função disso, na visão de Simone Monteiro et al,

Análises críticas das relações de poder envolvidas na epidemia, incluindo estigma e discriminação na produção de vulnerabilidades, tendem a ser menos valorizadas; enquanto isso, estudos sobre percepção de risco e comportamentos em grupos específicos, e particularmente sobre adesão a

tratamento, são bem recebidos (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012, p. 173, tradução nossa).

A tendência identificada pelas autoras em se relacionar doença e estigma como algo que resulta da interação entre indivíduos se relaciona às maneiras como este tema tem sido construído como uma questão de saúde. Na medida em que o foco sobre este aspecto do HIV/AIDS recai nas atitudes daqueles que estigmatizam outros, a sua incorporação como uma questão pública se voltou para a alteração das percepções individuais dos membros da população (PARKER, 2007).

A ampliação do domínio interpretativo de forma a abranger não só o individual mas também o coletivo como alvo a ser mobilizado significa, para Parker (1998, p. 108), por exemplo, “que o trabalho com HIV/AIDS pode contribuir para as lutas mais amplas por uma ordem social mais justa”. Na avaliação que faz desse movimento de superação de uma perspectiva centrada no corpo, Larissa Pelúcio (2009), por sua vez, considera que a mobilização das populações afetadas pelo HIV não supera necessariamente os paradigmas iniciais, haja vista que a ênfase na politização dos indivíduos ainda os mantém como o elemento central que precisa passar por algum tipo de alteração.

Para além de determinar em que ponto específico desse espectro se situa a promoção de antirretrovirais como estratégia preventiva, é pertinente considerar então a sugestão feita por Pollack (1990) de atentar para como as formas de articular o individual e o social na tentativa de gerir o impacto do HIV podem revelar as relações sociais atuantes. Ainda nesse sentido, a tematização de como o uso de antirretrovirais por pessoas que não possuem o vírus HIV tem sido abordado se aproxima da discussão de Jean-Pierre Dozon e Didier Fassin (1989) segundo a qual a produção de dados que torna a epidemia legível se inscreve em processos sociais sobre os quais ela não tem completo domínio.

Ao avaliarem que a maneira como a assunção do HIV/AIDS enquanto questão de saúde pública é algo que ultrapassa o trabalho científico de descrever a doença, os autores apontam que é necessário ter em conta que a utilização das informações produzidas sobre ela subscreve várias “razões”, ou seja, apoia-se em diferentes “operadores de visibilidade”. Dessa forma, segundo sugerem, o que se deve buscar apreender são as “razões de ordem sociológica” que ultrapassam à “razão epidemiológica” (DOZON; FASSIN, 1989, p. 34).

Como via de acesso possível aos aspectos sociais que circundam o HIV/AIDS, o percurso pelos consensos inscritos nas diretrizes de tratamento e prevenção que almejam orientar as ações em torno da epidemia é um modo de identificar o campo de referência estabelecido para as iniciativas locais de saúde pública. Ao registrarem as possibilidades e recomendações existentes para abordar o HIV/AIDS, os guias de prevenção e tratamento se constituem em artefatos, ou seja, documentos cuja produção depende da ação humana e que podem informar sobre práticas particulares de produção de conhecimento (RILES, 2006).

Explorar o que eles informam se torna relevante, portanto, quando se os toma em vista de seu processo de constituição. Por servirem de subsídio para a elaboração de políticas de saúde, estes documentos se tornam parâmetros que apontam para além de si mesmos. Menos do que um corpo de orientações a serem tomadas em sua validade interna, eles colocam em evidência seu processo de formulação e indicam ao mesmo tempo as convenções que guiam o que é registrado (LOWENKRON; FERREIRA, 2014). Deslocar o sentido para o qual sinaliza a finalidade inicial dos documentos permite tatear o caminho inverso das instruções ali contidas de modo a entrever seu contexto de elaboração.

A questão das aproximações e distanciamentos dos documentos como fonte para a antropologia e, no caso do HIV, a abordagem das diretrizes em saúde como recurso analítico, antecipa o problema da contextualização como um fator a ser equacionado. Considerar o valor heurístico de documentos implica em não garantir as mesmas estratégias de autoridade produzidas pelo contato direto com os sujeitos cuja ação é remontada ao se olhar através dos registros. Por outro lado, como ressaltam Laura Lowenkron e Letícia Ferreira (2014), isso significa reconhecer a agência daqueles que não são vistos como sujeitos de interação imediata. Para Marilyn Strathern (2014), se foi possível à antropologia reconsiderar o sujeito distante, e assim retomar a complexidade das relações em diferentes escalas, é precisamente porque, diferentemente de tirá-lo de contexto, é para as relações conduzidas entre as pessoas que se volta o empirismo antropológico. O vínculo estabelecido entre os sujeitos implica em outras entidades para além dele próprio, o que permite ver não apenas relação entre sujeitos, mas os sujeitos como inseridos em relações.

Percorrer as conexões criadas através do confecção de diretrizes de promoção de saúde significa, assim, “adentrar relações com as pessoas, visíveis e invisíveis, cujos efeitos concretos são também os objetos e as palavras que fluem entre elas” (STRATHERN, 2014, p. 283).

Atentar para esse movimento de práticas e significados não implica, como ressalta Ulf Hannerz (1997), em conceber grandes unidades sociais que se estendem indefinidamente pelo espaço, mas identificar, por meio dessas interações, fluxos e descontinuidades de diferentes intensidades estabelecidos entre as pessoas e por suas relações. O autor destaca o papel indispensável das “estruturas locais” e salienta que, ainda que seja manifesto algum tipo de preocupação com formas fundamentais de prática cultural, é possível relacioná-las a outras formações.

E, nesse caso — retornando a uma preocupação que já manifestei antes —, não parece ser necessário entender o fluxo cultural no espaço (a rigor, no tempo e no espaço, simultaneamente), nem suas descontinuidades, como profundamente diferentes do fluxo mais localizado no tempo (HANNERZ, 1997, p. 19).

Verificar o que se movimenta através dos pontos de contato estabelecidos pelos sujeitos significa, portanto, reconhecer as interações como um processo constantemente em curso e o qual considera as variações nas formações sociais por ele conectadas. A análise dos documentos que embasam a adoção da PrEP como uma ferramenta no arsenal atual de gestão do HIV/AIDS se guia pelos nexos estabelecidos entre eles. Mais do que categorias ou conceitos, através desses pontos de intersecção circulam pessoas, isto é, pesquisadores, formuladores de políticas de saúde, agentes governamentais e não governamentais, os quais formulam aquilo que se torna inscrito nos documentos. Nesse campo de interação, são estabelecidos consensos, administrados dissensos e debatidas quais devem ser as formas de intervir na realidade do HIV/AIDS.

### 1.1 Diretrizes e recomendações

Ao atualizar uma primeira recomendação para o uso de PrEP feita no ano de 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reformulou, em 2014, suas diretrizes para o uso deste tratamento. Com essa mudança, houve uma expansão das situações em que a PrEP poderia ser utilizada. Inicialmente aplicada no tratamento de casais sorodiferentes e de homens que se relacionam com homens, a partir da nova recomendação sua indicação foi estendida aos grupos identificados como prioritários (OMS, 2014). Embora não possuam caráter normativo, essas

diretrizes, tal como as demais elaboradas no âmbito da OMS, se dirigem aos formuladores nacionais de políticas de saúde e se propõem a reunir evidências médicas que sirvam de orientação para as iniciativas voltadas ao HIV/AIDS ao redor do mundo.

Construída por especialistas e representantes de instituições governamentais e não governamentais, através da avaliação das referências científicas existentes sobre o tema, “a nova recomendação da PrEP constitui uma mudança de uma recomendação para o uso da PrEP em projetos de demonstração para a recomendação de se considerar a PrEP como parte de um pacote de serviços de prevenção” (OMS, 2014, p. xvi, tradução nossa). Esse conjunto de formas de prevenção se refere à associação da PrEP a métodos preventivos já existentes, como o uso de preservativos e a testagem para HIV. Juntamente com essa mudança na indicação da PrEP, ela passa a ser indicada então como parte das abordagens guiadas pela chamada Prevenção Combinada.

Concebida também como orientação para a atuação em âmbito global na prevenção ao HIV, a assim chamada Prevenção Combinada são instruções formuladas pela UNAIDS, entidade vinculada às Nações Unidas voltada às questões atinentes ao HIV/AIDS. A Prevenção Combinada assume como sua base a articulação de aspectos “estruturais, biomédicos e comportamentais” (UNAIDS, 2010, p. 13) e com isso se propõe a servir de referência para as políticas de saúde pública. Essas recomendações são construídas a partir da consolidação de informação a respeito de práticas de prevenção adotadas em diferentes países e têm o intuito de balizar a linguagem e os métodos de se tratar o HIV.

Tal como é enfatizado nessas diretrizes, as recomendações feitas em termos de tratamentos, medicamentos ou modos de intervenção junto à população apoiam-se no conhecimento obtido através dos princípios da medicina baseada em evidências, a qual prioriza os dados de investigação médica derivados de ensaios clínicos randomizados. Este tipo de pesquisa comumente utilizado na área da saúde estabelece uma métrica segundo a qual uma intervenção cuja eficácia se quer conhecer é comparada com uma outra intervenção que é tomada como referência.

No caso da avaliação de um novo medicamento, por exemplo, o efeito que se quer conhecer pode ser comparado com o de um outro medicamento ou com um placebo. Quando se trata de ensaios clínicos chamados de randomizados, nem o pesquisador nem os sujeitos de pesquisa sabem, durante a realização do estudo, quem utiliza placebo e quem utiliza o

medicamento ativo. Esse método aspira a evitar os viesamentos tanto dos pesquisadores quanto dos sujeitos de pesquisa. Por essa razão, os ensaios clínicos são considerados o “padrão-ouro” na área da pesquisa clínica (TIMMERMANS; BERG, 2003).

Com base nas estimativas e modelagens possibilitadas pela medicina baseada em evidência, as recomendações oferecidas por órgãos multilaterais como aqueles vinculados às Nações Unidas padronizam terminologias e consolidam um corpo de referências para o tratamento e prevenção em determinada área da saúde. Como destacam Stefan Timmermans e Marc Berg (2003), contudo, a elaboração de guias que possibilitem um grau de uniformização não tem um resultado único e dá margem à emergência de diferentes valores e atores no campo da saúde. Com isso, não é o processo mesmo de standardização da prática clínica o que ganha centralidade. É porque as diretrizes buscam transformar as práticas em meio as quais elas se inserem que elas ganham relevância, pois “[e]las modificam as posições dos atores: alterando as relações de prestação de contas, enfatizando ou removendo a ênfase de hierarquias preexistentes, alterando expectativas de pacientes” (TIMMERMANS; BERG, 2003, p. 22, tradução nossa). Assim, através das diretrizes que dão impulso à incorporação da PrEP no horizonte de prevenção ao HIV é possível identificar como elas reverberam nos parâmetros de saúde pública adotados localmente por órgãos governamentais.

Se as diretrizes são voltadas “principalmente a gestores nacionais de programas de HIV e outros tomadores de decisão dentro de ministérios de saúde e aqueles responsáveis por políticas de saúde” (OMS, 2014, p. 11, tradução nossa) ou fornecem orientações “principalmente destinadas para uso por formuladores de política e provedores de auxílio técnico em níveis nacionais e regionais” (UNAIDS, 2010, p. 8, tradução nossa), essa relação pode ser verificada na maneira como a PrEP e a perspectiva da prevenção combinada são apropriadas no arcabouço das políticas públicas brasileiras de prevenção ao HIV.

Em contraste com sua versão anterior, do ano de 2013, a atualização lançada em 2017 do protocolo brasileiro que orienta as práticas clínicas em HIV assimila as mudanças no cenário do HIV e, dentre outras coisas, apresenta a prevenção combinada e a PrEP em meio às referências técnicas que ele agrega. Ao servir de via de comunicação das posições governamentais a respeito do tratamento e prevenção do HIV, os protocolos de diretrizes terapêuticas adaptam as recomendações internacionais e atuam como prisma ao refratar as

convenções na área da saúde pública. Eles se referem ao mesmo tempo, portanto, tanto às políticas de saúde pública global assumidas pelo governo quanto aos operadores de saúde.

## 1.2 A PrEP e suas Conexões

No que diz respeito aos esquemas de prevenção, as diretrizes terapêuticas brasileiras para HIV retomam a perspectiva tripartite que “parte do pressuposto de que diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia, mediante a combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais” (BRASIL, 2017c, p. 43). A recomendação de “adaptar as estratégias às epidemias locais e assegurar que as intervenções sejam feitas de acordo com os contextos” (BRASIL, 2017c, p. 44) é fundamentada e elaborada em detalhes em um documento à parte elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro e dedicado ao tema prevenção combinada.

Se, por um lado, as instruções iniciais da UNAIDS são mais genéricas em recomendar a prevenção combinada como estratégia global, por outro, a apresentação regional é mais específica ao objetivar “subsidiar trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde com as bases conceituais e epistemológicas que dão suporte a esse paradigma de prevenção” (BRASIL, 2017, p. 13). Esse documento, formulado pelo Ministério da Saúde e através do qual ele apresenta aos gestores estaduais e municipais suas Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/AIDS, informa sobre as disposições institucionais a partir das quais o governo orienta os serviços de saúde e a partir de que fundamentos ele organiza suas políticas de prevenção.

Ao definir o pilar biomédico da prevenção combinada, o guia de referência formulado pelo governo brasileiro destaca “a aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do HIV” (BRASIL, 2017, p. 18). Neste caso, incluem-se tanto o uso de preservativos quanto a utilização preventiva de antirretrovirais, como a PrEP. Por sua vez, “as abordagens comportamentais referem-se às intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco” (BRASIL, 2017, p. 19). Quanto ao terceiro aspecto, ele “refere-se às intervenções estruturais e remete a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais” (BRASIL, 2017, p. 21).

A diferenciação entre biomédico, individual e social, opera, entretanto, a distinção entre social e biomédico segundo a qual a “combinação” significa a existência de pontos coordenados de atuação, sendo o biomédico, por exemplo, aquele referente a “métodos de barreira física ao vírus” ou de “limitar a capacidade do HIV de infectar indivíduos”. (BRASIL, 2017, p. 18). O aspecto individual, nesse sentido, se refere à possibilidade de fazer um indivíduo “aprimorar suas percepções quanto ao entendimento e mensuração dos riscos que vivenciam em termos da exposição ao HIV”, ou seja, se refere às suas dimensões subjetivas. Quanto às dimensões estruturais, por sua vez, referem-se às instituições, marcos legais e atuação política junto ao conjunto da população.

Ao passo que a prevenção combinada busca uma abordagem holística sobre a doença, o princípio de que se possa conceber essas dimensões em separado apresenta alguns desafios para um olhar a partir das ciências sociais para as quais, como sugere Susan Kippax (2012), torna-se difícil isolar esses domínios de aproximação do HIV/AIDS. Ao discutir as possibilidades de conceituar a prevenção combinada a partir desses marcos teóricos, a autora questiona a existência de um domínio sem o outro na medida em que todos envolvem em algum grau a ação humana para que tenham efeito. Ademais, considerar as intervenções biomédicas sem ter em vista seu efeito em contexto e ao longo do tempo, pode implicar em concebê-las como algo em si mesmo.

Mais do que os usos sociais dados aos elementos da Prevenção Combinada, Mike Michael e Marsha Rosengarten (2013) compreendem que essas distinções conceituais tem implicações no modo como os contextos de uso são considerados no desenho das intervenções biomédicas. Ao utilizarem a PrEP como fio condutor para discutir a elaboração de ensaios clínicos nas práticas de inovação biomédica, os autores compreendem que intervenções biomédicas não são constituídas estritamente de suas propriedades materiais ou técnicas, mas são socialmente informadas.

O princípio de base da Prevenção Combinada caminha na direção de articular concepções que, não raro, como argumenta Kippax (2012), trilham caminhos paralelos nas respostas que oferecem aos desafios apresentados pelo HIV/AIDS, porém ele ainda é “ilustrativo de como o campo do HIV é configurado por meio da distinção entrincheirada entre intervenções ‘comportamentais’ e ‘biomédicas’ que, por si só, tem implicações significativas para o desenvolvimento da PrEP” (MICHAEL; ROSENGARTEN, 2013, p. 5, tradução nossa).

As implicações desse modo de conceber o HIV, têm ainda, segundo os autores, o potencial de reforçar as divisões entre ciências sociais e ciências biomédicas.

Essa compartimentalização da prevenção reflete, na perspectiva de Daniela Knauth (2008), uma política global de prevenção ao HIV segundo a qual parte do controle da prevenção é atribuído às tecnologias de intervenção clínica. Estas, por sua vez, são orientadas pelos preceitos da medicina baseada em evidências e por sua forma de aferição dos resultados biomédicos. Nesse contexto, “as práticas de prevenção biomédicas são tidas como mais eficientes, por ‘resolverem’ o problema com uma intervenção, não deixando sob responsabilidade do indivíduo e do contexto social no qual ele se insere esta resolução” (KNAUTH, 2008, p. 8). Se, como sugerem Timmermans e Berg (2003), atentar para diretrizes em saúde significa ir além de sua dimensão conceitual e considerá-las em sua dimensão prática, a formalização das políticas brasileiras de prevenção ao HIV se tornam relevantes na medida em que informam os meios de incorporação da PrEP no sistema de saúde brasileiro.

Para além de “ressaltar que o Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto junto à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma de suas metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/AIDS” (BRASIL, 2017c, p. 30); ou ainda, mais do que destacar que “do ponto de vista político-institucional, dois marcos recentes reforçam e impulsionam as estratégias ancoradas na Prevenção Combinada do HIV: a consolidação da TTP (e a consequente estratégia de testar e tratar) e o estabelecimento das metas 90-90-90” (BRASIL, 2017, p. 29), as formulações feitas por agências multilaterais servem de fulcro para a recomendação da PrEP dentre as alternativas de prevenção biomédica.

As metas 90-90-90 foram estabelecidas pela UNAIDS como objetivo de serem alcançadas até o ano de 2020. Essas metas significam que até esse prazo 90% das pessoas infectadas pelo vírus HIV sejam diagnosticadas, 90% dessas pessoas diagnosticadas iniciem tratamento antirretroviral e que 90% destas últimas atinjam níveis indetectáveis de vírus no organismo. “TTP” (Tratamento para todas as Pessoas) é a tradução dada para a sigla “TasP” (*Treatment as Prevention*, ou seja, tratamento como prevenção) (BRASIL, 2017). A disseminação do tratamento, conhecida mais comumente como estratégia de “testar e tratar”, foi adotada pelo Brasil em 2013 e prevê o início do tratamento com antirretrovirais a partir do diagnóstico da infecção.

Através do atingimento de níveis indetectáveis de HIV nos indivíduos, a estratégia de testar e tratar visa a “diminuir a carga viral circulante em uma determinada sociedade e assim reduzir, em um segundo momento, a taxas de novas infecções pelo HIV” (BRASIL, 2017, p. 30). O incentivo à disseminação de tecnologias de prevenção, dentre as existentes e as que estão em desenvolvimento, são a base do modelo matemático segundo o qual se projeta como meta o fim dos níveis epidêmicos de HIV/AIDS até o ano de 2030 (OMS, 2016). O Brasil se torna signatário dessas metas ao assumir para o país as diretrizes atuais de prevenção e tratamento ao HIV.

Assim como é legalmente exigido para a incorporação de tecnologias de saúde incluídas no SUS, a adoção da PrEP precisou ser submetida à avaliação do Ministério da Saúde. Uma de suas atribuições é “a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica” (BRASIL, 2017a, p. i). No processo de avaliação que levou à aprovação e recomendação da PrEP, a motivação para a análise das evidências fornecidas pela medicina baseada em evidências era “a necessidade da incorporação de nova tecnologia de prevenção à infecção pelo HIV” (BRASIL, 2017a, p. 7) face às atuais taxas de detecção do HIV no Brasil.

Demandada pelo órgão ministerial responsável pelas políticas de saúde em HIV/AIDS, a apreciação dos estudos clínicos que referendou a disponibilização da PrEP através do SUS em 2017 calcava-se também no fato de que “em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a oferta de PrEP oral para casais sorodiscordantes e homens que fazem sexo com homens e, mais recentemente em 2014, tais recomendações foram introduzidas em sua publicação sobre prevenção para populações-chave, com ênfase a HSH” (BRASIL, 2017a, p. 11).

O estabelecimento de novas diretrizes, metas e políticas de prevenção baseiam-se na premissa de que “[e]stá cada vez mais claro que o mundo precisa de uma nova narrativa de tratamento do HIV baseada em evidências que capture efetivamente a extraordinária expansão do conhecimento relacionado ao tratamento” (UNAIDS, 2014, p. 10). Diante disso, minha intenção é de traçar o contexto que estabelece referências para essa narrativa. Com efeito, o propósito é identificar a relação entre contextos. Na medida em que há diferentes apropriações em torno da PrEP, é porque seus significados são compartilhados através de uma rede de relações através da qual circulam não só pesquisadores e formuladores de políticas de saúde,

mas também as evidências que informam os valores, a linguagem e as práticas direcionadas à prevenção.

### 1.3 Além da medicalização

O uso preventivo de antirretrovirais suscita discussões sobre a tendência de recrudescimento da medicalização da prevenção e do tratamento do HIV em favor de uma alteração rápida de paradigmas interventivos. Essa preocupação é motivada seja pela identificação do predomínio de uma visão tecnocrata e biomédica a respeito das intervenções em saúde (MONTEIRO et al., 2017), seja porque o incentivo à ampliação de intervenções biomédicas secundariza outros aspectos da epidemia, notadamente os sociais e políticos (NGUYEN et al., 2011). Ao pontuarem como o desenvolvimento de novos medicamentos tem marcado a terceira década da epidemia, os questionamentos sobre os efeitos da medicalização atualizam as indagações sobre as maneiras de individualizar as questões sociais referentes à AIDS (MOYER, 2015).

A noção de medicalização comumente se refere ao processo através do qual questões sociais tornam-se definidas a partir de uma perspectiva biomédica, com frequência associadas a noções de doença ou distúrbio. Através desse enquadramento interpretativo, problemas coletivos de diversas ordens são administrados por meio das conceitualizações e das intervenções formuladas pela biomedicina. Segundo Peter Conrad (1992), a medicalização entendida desta forma se refere às maneiras como são atribuídas definições e realizadas as regulações das interações sociais, ainda que nisso não haja necessariamente envolvimento direto de profissionais médicos.

O tema da medicalização, no entanto, ao se referir às extensões do domínio da biomedicina, não elucida necessariamente as maneiras como isso acontece e com que consequências. Como aponta Nikolas Rose (2007), a biomedicina se faz presente de diversas maneiras nas formas como as pessoas organizam e dão significado ao mundo. Os modos como as sociedades se relacionam com o espaço físico, como as pessoas se relacionam umas com as outras e como os indivíduos interferem em seus corpos estão atravessadas por diferentes saberes e práticas oriundos da medicina. Esta, segundo o autor, não deve ser considerada como uma entidade estática e, ao se assumir a medicalização como uma noção estritamente descritiva,

corre-se o risco, por exemplo, de obscurecer as diferenças entre aquilo que se torna objeto da saúde pública, da influência médica ou da ação farmacêutica. Mais do que uma conclusão, a medicalização é, para Rose (2007), um tema gerador, algo que aponta para outras direções.

Enquanto tópico derivado da noção de medicalização, João Biehl (2013) identifica no uso de medicamentos uma maneira de explorar o entrelaçamento de diferentes aspectos da sociedade. Tomá-los como um eixo de investigação é um recurso encontrado pelo autor para discutir a lógica de instituições jurídicas e as disputas em torno da promoção da saúde. À luz dessas questões, considero o uso de medicamentos antirretrovirais um ponto de entrada para refletir, a partir e para além deles, sobre temas mais amplos que se vinculam ao HIV/AIDS.

Os medicamentos, entendidos como os produtos farmacêuticos industriais elaborados a partir de referências científicas da biologia e biomedicina, estão relacionados às práticas de saber que os produzem e às dinâmicas culturais lhes dão significado. Como tal, Alice Desclaux e Joseph Levy (2003) destacam, com base na sistematização que fizeram da trajetória dos medicamentos como tema na antropologia, que diversas foram as abordagens que investigaram a relação entre medicamento e cultura. Em um contexto em que se tornavam mais disseminadas as críticas da busca pelo “exótico”, a antropologia estendia sua área de interesse para as sociedades industrializadas. Nesse movimento, os medicamentos foram concebidos de diferentes maneiras como objetos que transcendiam os espaços, sejam aqueles entre sociedades, entre o individual e o social ou entre o privado e público.

Os aportes teóricos que se desenvolviam, inscritos sobretudo nos marcos da antropologia social, indagaram sobre as relações entre os níveis micro e macrosociais que envolviam os medicamentos, sobre como conceber o ordenamento das etapas de desenvolvimento pelas quais eles passavam, ou ainda sobre como os usos dos medicamentos correspondiam a distintos graus de complexidade social (DESCLAUX e LÉVY, 2003). Os autores apontam ainda que os medicamentos tiveram maior ênfase enquanto objeto para a disciplina a partir da década de 1980, ao serem gradualmente diferenciados da noção mais ampla de “remédio”.

Dentre os fatores que estimularam o interesse antropológico pelos medicamentos nesse período estão o desenvolvimento de novas substâncias farmacológicas; o questionamento da eficácia de tratamentos então existentes, como aqueles à base de antibióticos; as preocupações com as possíveis consequências de uma “medicamentalização” da sociedade; o surgimento dos

medicamentos antirretrovirais; as desigualdades sociais no acesso a medicamentos e os debates que ocorriam em torno das prioridades de saúde pública.

Em um dos primeiros esforços de sistematizar as contribuições feitas ao estudo antropológico dos medicamentos (CASTRO, 2012; DESCLAUX e LÉVY, 2003; GEEST, 2006), Sjaak Van der Geest, Susan Whyte e Anita Hardon (1996) propuseram que através das transações por que passam os medicamentos seria possível identificar estágios caracterizados por contextos e atores específicos. Cada um desses estágios possuiria “regime de valores” que expressariam “distintos conjunto de ideias” sobre os medicamentos. Assim, as pessoas dão às substâncias uma história e conferem uma “ordem biográfica” aos medicamentos à medida que estes atravessam os regimes de valor.

A biografia enquanto uma metáfora é um modo, segundo os autores, de ordenar as instâncias sociais acionadas em torno dos medicamentos. Ao longo de sua ordem biográfica, de acordo como essa perspectiva, os medicamentos são primeiramente fabricados em ambientes marcadamente tecnológicos nos quais interagem cientistas e representantes de indústrias farmacêuticas. Na próxima etapa, os medicamentos são distribuídos para instituições privadas ou públicas onde se tornam acessíveis por compra direta ou através de prescrição médica. Nesta fase da trajetória dos medicamentos atuam vendedores, farmacêuticos e instituições de saúde.

Em seguida na trajetória dos medicamentos, no momento intermediário da prescrição, estão envolvidos profissionais de saúde e pacientes no contexto da prática médica. A partir da decorrente aquisição, é feito o uso do medicamento cujo consumo pode se dar distante dos profissionais de saúde. Na última etapa da ordem biográfica dos medicamentos, a eficácia, estes atingem o momento crucial de sua trajetória em que “[o] cumprimento de seu propósito de vida encontra-se em seu efeito sobre o bem-estar da pessoa que os tomou” (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p. 156, tradução nossa). Mesmo que o medicamento tenha “morrido” na etapa da eficácia, eles têm, na compreensão dos autores, uma vida após seu uso, pois seus efeitos perduram após terem sido consumidos.

A perspectiva biográfica traz a ideia interessante de que, através de seus efeitos, o medicamento continua a existir após seu uso. Os autores enfatizam, entretanto, que o poder do medicamento recai primeiramente em sua “concretude” e este aspecto do medicamento enquanto algo tangível é o que lhe permite ser utilizado. Por ser algo que adquire o estatuto de uma “coisa” (*thinginess*) que pode ser aplicada ou ingerida, o medicamento é algo por meio do

qual “transformamos o estado de disforia em algo concreto, em algo a que os pacientes e outros podem dirigir seus esforços” (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p. 154, tradução nossa).

A busca por tornar o alívio em algo concreto é a razão por que medicamentos “encaixam-se logicamente na biomedicina e na maioria das tradições médicas” (idem). Como ressalva Castro (2012) a respeito da perspectiva biográfica dos medicamentos, a preeminência dada à característica do medicamento enquanto algo concreto a que se sobrepõe uma lógica cultural atribui a sua estrutura um estatuto apriorístico no qual a sua substância é definida como algo cuja existência é anterior ao contexto em que se insere. Assim, desprivilegiam-se as maneiras como o medicamento, enquanto coisa, pode ser modificado pelo próprio contexto cultural.

Ao discutir alguns dos conceitos que fazem parte do vocabulário antropológico sobre trânsitos culturais, Hannerz (1997) destaca que noções de fluxo e fronteira são noções metafóricas e, enquanto tais, são de certo modo imprecisas. Para o autor, metáforas conceituais nem sempre correspondem a pontos de vista nativos e remetem acima de tudo à experiência anterior de quem as utiliza. Ocasionalmente, aconselha Hannerz, é preciso ir além delas e rever seus significados implícitos. Com base nessa sugestão, considerar “biografia” enquanto uma metáfora que ordena conceitualmente a transação dos medicamentos, implica em perceber que ela organiza esse movimento segundo as etapas “naturais” da vida. Ao se referir à testagem pela indústria farmacêutica em sujeitos humanos, por exemplo, Geest (2006, p. 308) a associa a um “estágio de gravidez” da biografia farmacêutica.

Quando se têm em vista os ensaios clínicos, contudo, uso e eficácia não remetem necessariamente às últimas etapas da trajetória social de um medicamento, pois são os usos feitos nessa fase que possibilitaram as etapas subsequentes. Se, como sugerem Geest, Whyte e Hardon (1996), os usuários são a fase onde os medicamentos “morrem”, no contexto da pesquisa clínica o envolvimento dos sujeitos de pesquisa é um dos momentos em que os medicamentos podem adquirir “vida”. O acionamento judicial do Estado com o objetivo de acessar medicamentos pelos quais não podem pagar ou que não conseguem obter através de farmácias públicas, por exemplo, é uma maneira que os sujeitos com determinadas condições de saúde encontram de contornar o fluxo convencional de distribuição farmacêutica. Nestes casos, como demonstra Biehl (2013), a aquisição de medicamentos depende da atuação de agentes legais que usualmente não estariam presentes nas últimas fases da ordem biográfica. Uma vez

que a participação dos usuários informa os efeitos e altera o fluxo dos medicamentos, eles subvertem, portanto, uma ordem natural da vida farmacêutica.

Os proponentes da perspectiva da vida social dos medicamentos identificaram que cada uma de suas fases concentra interesses diferentes de pesquisa. Se em um primeiro momento eles apontaram que a observação antropológica costumava não se voltar para os processos de produção de medicamentos, posteriormente eles concluíram que essa lacuna havia sido preenchida pelas pesquisas que concebiam os medicamentos menos a partir de regimes de valor relativamente definidos e mais através dos diferentes elos estabelecidos entre eles Geest (2006). Na medida em que os medicamentos expressam realidades diversas, os autores que se aproximam desta perspectiva propõem não um modelo interpretativo, mas a atenção às estratégias analíticas que cada contexto etnográfico requer (CASTRO, 2012).

Essa diversificação nas abordagens sobre medicamentos não foi acompanhada necessariamente pela indagação sobre o que são os medicamentos e, como ressalta Rosana Castro (2012), por vezes demonstra-se mais interesse nos impactos políticos dos medicamentos no contexto globalizado de saúde do que nas contingências culturais da própria estrutura dos objetos farmacológicos. Anita Hardon e Emilia Sanabria (2017), ao reavaliarem as discussões propostas pelo viés da biografia social dos medicamentos, salientam que a separação entre as propriedades dos medicamentos e suas interpretações culturais refletem as dicotomias feitas entre coisa e representação na qual por vezes se incorre. Deste modo, as autoras enfatizam que os medicamentos não precedem à sua socialização e, assim, avaliam que os nexos sociais estabelecidos em torno dos medicamentos informam a maneira como eles produzem efeito, que as práticas de cuidado nas quais eles se inserem podem interferir no modo como eles agem e que não há fixidez nas interações entre corpos e medicamentos.

A investigação antropológica sobre medicamentos no contexto brasileiro ocorre também a partir de diferentes perspectivas. Do ponto de partida, por exemplo, de uma “antropologia do concreto” sensível à materialidade dos medicamentos e a suas formas de significação, Soraya Fleischer (2012) se apoia nesses objetos como “atalhos etnográficos” para mapear os itinerários terapêuticos percorridos pelos moradores de um bairro popular. Propondo-se a ir além do aspecto mais visível e formal das instituições, a autora se utiliza de um olhar antropológico sobre os medicamentos como fio condutor que a possibilite “aprofundar o conhecimento sobre uma microlocalidade e um círculo circunscrito de indivíduos,

geralmente, relacionados.” (FLEISCHER, 2012, p. 413). Assim, a autora explora a história do bairro, as interações dos indivíduos com o SUS e as maneiras como as pessoas administram seus medicamentos.

As implicações entre geral e particular são abordadas também por Stelio Marras (2012) em sua pesquisa sobre as dinâmicas de um laboratório de biologia. A observação das maneiras como são tratados os medicamentos levou o autor a perceber que o trabalho de proteção dos medicamentos feito por seus invólucros estabelece uma continuidade entre o que ocorre nos laboratórios e o que acontece fora deles, isto é, a proteção das características dos medicamentos em relação às atuações do mundo “exterior”.

Tal qual ocorre nos laboratórios, os invólucros executam o papel de regulação de entradas e saídas e, assim, ao evitar que haja perda ou aquisição de substâncias na troca com o ambiente, eles mantêm a estabilidade do medicamento. Mais do que isso, eles marcam a fronteira entre estados de pureza e de poluição, estados esses que são físicos e ao mesmo tempo simbólicos. A manutenção das características “internas” dos medicamentos depende de seu isolamento das possibilidades de contaminação vindas do mundo “externo”, ainda que essa separação coloque esses domínios em constante relação. A eficácia dos medicamentos está, segundo compreende o autor, relacionada com a “eficácia não dita” (MARRAS, 2012, p. 236) de seus contextos locais de manuseio.

Os modos como os medicamentos são circulados, modificados ou ressignificados a partir de sua relação com seus contextos locais, são abordados através de perspectivas que vão mais ou menos para além do próprio medicamento. Desse modo, os fluxos sociais evidenciados através do ponto de vista antropológico sobre os medicamentos possibilitam, conforme sugere Rogério Azize (2012), ir além daquilo que é mais evidente. Por meio deles é possível identificar não só as maneiras como os medicamentos são trocados, mas também como eles se relacionam a contextos e significados que ultrapassam a lógica biomédica. Diante do que cada perspectiva teórica pôde contribuir para o estudo antropológico sobre medicamentos, cabe tirar proveito da proposta de Castro (2012) de se avaliar a pertinência de cada abordagem de acordo com as questões que emergem de cada contexto etnográfico.

Nesse sentido, se o momento atual da prevenção do vírus HIV é caracterizado por sua estreita relação com os paradigmas da medicina baseada em evidências (KNAUTH, 2008), torna-se propício indagar que relações são sustentadas a partir de formas particulares de

evidenciação médica. A possibilidade que têm as diretrizes de prevenção de agregar dados de contextos diversos com a finalidade de estabelecer recomendações amplas está relacionada ao poder de generalização permitido pelo ensaio clínico randomizado. Por traduzir o efeito de uma intervenção em saúde em termos estatísticos e por estabelecer referências quantitativas para a comparação entre diferentes localidades geográficas, a medicina baseada em evidências viabiliza o conhecimento e a atuação sobre realidades distintas. Os modos de operar a essa generalização colocam em questão, portanto, as maneiras de se lidar com as especificidades.

Em sua tradução da realidade para uma linguagem numérica de taxas de eficiência o ensaio clínico randomizado opera a estabilização do mundo social intrinsecamente dinâmico das pessoas. Como afirma Vincanne Adams (2013), ao definir as variáveis que devem ser avaliadas em uma intervenção médica, o ensaio clínico as isola das que não devem ser consideradas. A validade de uma taxa de eficiência, por exemplo, só pode ser considerada quando se repete o mesmo processo de isolamento. Uma vez que outros fatores passam a agir, a eficiência de uma intervenção pode não ser a mesma. Por essa razão, quanto mais demonstrar que o estudo foi controlado, mais ele é valorizado. Através da normalização estatística, portanto, aquilo que é contingente é estabilizado em um quadro de distribuição probabilística.

De maneira a absorver as diferentes características que podem assumir as variáveis isoladas em um estudo clínico, ele conta com dados produzidos em variados contextos. A premissa subjacente nesse modo de proceder é que o corpo humano funciona do mesmo jeito em qualquer contexto social. A noção de que exista um corpo humano genérico é o que se quer dizer com a expressão “*one size fits all*”(uma mesma medida para todos), frequentemente utilizada para se referir às pesquisas médicas (EPSTEIN, 2007). Um medicamento cuja taxa de eficiência é medida por meio de um estudo realizado em um conjunto de países, por exemplo, pode posteriormente ser distribuído globalmente.

Os ensaios clínicos têm diferentes fases, que vão desde a avaliação da segurança de uma intervenção médica, feita com grupos pequenos, até estudos que envolvem centenas ou milhares de pessoas, quando se avalia a efetividade de uma intervenção, isto é, se ela produz os efeitos esperados. Grandes ensaios clínicos são comumente descentralizados e os locais ao redor do mundo onde eles são realizados dependem de fatores como as características regulatórias locais, a aceitação da população local, ou a possibilidade de expansão de mercado para um determinado medicamento (PETRYNA, 2009). Uma vez que um ensaio clínico atinge um

resultado a partir dos dados produzidos em lugares específicos, este resultado pode ser generalizado para quaisquer outros locais.

O que se perde através da generalização, de acordo com Adams (2013), é o reconhecimento de que por vezes o contexto pode determinar quais métodos são ou não efetivos. A menos que as especificidades sejam consideradas entre as variáveis de um ensaio clínico, arrisca-se operar um apagamento dos sujeitos e de suas relações. Adriana Petryna (2009) destaca, no entanto, que no desenvolvimento de um campo experimental a maneira como um tratamento adquire valor não é uniforme. Os distintos modos de valoração não impedem a reconciliação entre diferentes posições de sujeitos quando “acesso a tratamento torna-se um valor em si mesmo - mesmo que a priorização de um determinado tratamento não seja clara ou os meios de acesso não sejam especificados” (PETRYNA, 2009, p. 191, tradução nossa).

Na medida em que o uso da PrEP é expressão de diretrizes globais de prevenção ao HIV, abordá-lo não significa traçar uma linha de transmissão vertical de valores. Identificar a presença dos sujeitos significa remontar como a atuação perante o HIV é animada tanto por quem a prescreve como por aqueles que a viabilizam. Abordar a PrEP através de sua investigação em um ensaio clínico é, assim, uma maneira de considerar como ela se materializa como uma alternativa na prevenção à transmissão do HIV, isto é, significa ter em vista os processos por meio dos quais ela se realiza.

A PrEP é primeiramente oferecida no Brasil, entre os anos de 2007 e 2009, como parte do ensaio clínico denominado iPrEx (*Preexposure Prophylaxis Initiative*), que avaliava a eficácia do uso diário da combinação dos antirretrovirais entricitabina e tenofovir, comercializada atualmente sob o nome de Truvada. Conduzido simultaneamente em seis países com 2.499 homens e mulheres transgênero que se relacionam com homens, esse estudo teve a participação de 370 sujeitos de pesquisa situados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (GRANT, 2010). Em 2014, o estudo chamado PrEP Brasil inicia a avaliação do tratamento junto ao mesmo público-alvo. Inicialmente conduzido nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, o PrEP Brasil se estendeu, em 2015, para as cidades de Manaus e Porto Alegre. Neste contexto experimental mais restrito, portanto, a PrEP é utilizada em Porto Alegre pela primeira vez.

Ainda durante a condução do PrEP Brasil, o Ministério da Saúde aprovou, em 2017, a oferta da PrEP por meio do Sistema Único de Saúde. Neste momento ela deixa de existir no

Brasil como um tratamento em teste e passa a fazer parte das políticas públicas de prevenção ao HIV. Com isso, a oferta do tratamento se expande pelo resto do país, ainda que para os segmentos populacionais identificadas como prioritários, isto é, homens que se relacionam com homens, pessoas trans, pessoas que trabalham com sexo e pessoas que se relacionam com alguém infectado pelo vírus HIV.

Embora atualmente a distribuição da PrEP ocorra através do sistema público de saúde, as pesquisas clínicas a respeito de sua utilização continuam. O que pretendo discutir, portanto, não é o ensaio clínico que foi determinante na indicação do tratamento com PrEP. Meu interesse são as práticas envolvidas na elaboração de uma estratégia de contenção da transmissão do HIV em um contexto no qual o uso regular de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo vírus ganha relevância.

Na medida em que a adoção da PrEP desponta como expressão das diretrizes transnacionais em torno da prevenção ao HIV, compreender como se conduz a sua formulação é uma maneira de lançar luz sobre os modos por meio dos quais essas orientações se operacionalizam. Se os métodos de evidenciação de um ensaio clínico eliminam o que há de contingente, descrever um estudo sobre a PrEP pode ser uma maneira de abarcar as interações imponderáveis que ele suscita. Nos termos de Michael Herzfeldt (2005) ainda, isso pode ser uma maneira de se aproximar das mediações através das quais os atores sociais se apropriam das regras prescritas de forma a lhes dar funcionamento.

## 2. DINÂMICAS DE INCLUSÃO

Desde que foi apontada como eficaz na redução da aquisição do vírus HIV, a PrEP tem utilizado a combinação em um comprimido dos antirretrovirais entricitabina e fumarato de tenofovir desoproxila. Paralelamente à ingestão diária do medicamento, a PrEP inclui o acompanhamento trimestral da pessoa sob tratamento de forma a efetuar a testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, bem como avaliar algum efeito adverso do medicamento. Essa rotina é continuada até que por alguma razão a pessoa queira interromper o tratamento. Como uma alternativa à combinação de medicamentos adotada até o momento, tem sido realizado desde o ano de 2017 um ensaio clínico que busca avaliar a utilização de um outro medicamento antirretroviral, aplicado através de uma injeção a cada dois meses.

Através dos dados obtidos junto a sujeitos de pesquisa localizados em sete países nas Américas, Ásia e África<sup>1</sup>, esse estudo busca comparar a eficácia dessas duas formas de utilização de antirretrovirais na prevenção da transmissão do HIV. No caso do Brasil, a pesquisa é realizada concomitantemente por equipes de pesquisa localizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Este ensaio clínico é fomentado pelo National Institute of Health (NIH), órgão do departamento de saúde do governo dos Estados Unidos e ele é projetado e centralizado por uma rede internacional pesquisas clínicas em HIV/AIDS, também sediada neste país. Esta rede de pesquisa é composta por pesquisadores de diferentes nacionalidades e tem uma longa trajetória de subsidiar pesquisas em HIV. Em Porto Alegre, o estudo da versão desse medicamento utilizado na PrEP é realizado por meio de uma empresa que presta serviços de pesquisa para um grande hospital público situado na cidade.

Como os primeiros acessos à PrEP se deram através dos ensaios clínicos que a avaliaram, observar um espaço como esse é pertinente por permitir conhecer como um medicamento entra em circulação. Enquanto *locus* de atravessamento entre as diretrizes de saúde e aqueles a quem estas se dirigem, o âmbito do ensaio clínico articula convenções globais de formação de evidência e a prospecção dos sujeitos junto aos quais os dados são produzidos.

Este ensaio clínico não é o primeiro do qual participa a unidade de pesquisa do hospital. Segundo uma das médicas que tem trabalhado nessas pesquisas, elas ocorrem desde os anos 2000 e a participação na rede de investigação sobre HIV fomentada pelo NIH ocorre por

---

<sup>1</sup> Argentina, Brasil, Peru, Estados Unidos, África do Sul, Tailândia e Vietnã.

iniciativa de cada centro de pesquisa. A partir da elaboração de novos protocolos de investigação clínica, cada grupo pesquisador interessado deve demonstrar seu portfólio e sua capacidade de receber e operar uma pesquisa. Uma vez que um pleiteante é referendado pela rede de pesquisa, ele pode tomar parte de um ensaio clínico. O hospital tem uma trajetória de pesquisa sobre tratamento para a infecção por HIV, porém esta era a primeira pesquisa sobre PrEP que ocorria ali.

As formas de standardização ensejadas por um ensaio clínico possibilitam formas de cooperação e mobilidade. Ao fazê-lo, elas colocam em relação diferentes localidades e suscitam também a emergência de particularidades. Ao discutir controvérsias que surgem a partir do desenvolvimento de medicamentos ao redor do mundo, Mariam Fraser (2009) argumenta que, ao mesmo tempo que as pesquisas biomédicas são vistas como formas de evidenciar padronizações, elas podem também fazer emergir diferenças. Em vista disso, ao acompanhar a condução de um ensaio clínico sobre a PrEP, o que destaco através do que observei na condução deste protocolo de pesquisa são as dinâmicas de aproximação e diferenciação estabelecidas entre os sujeitos, dinâmicas estas acionadas pelas maneiras de compreender a realidade da epidemia de HIV.

## 2.1 Esquema de tratamento

A observação que realizei junto ao estudo ocorreu entre o final do ano de 2017 e ao longo do ano de 2018, primeiramente junto às atividades de divulgação do estudo e, posteriormente, durante o processo de recepção dos sujeitos de pesquisa na clínica onde a pesquisa da PrEP era conduzida. Diferentemente das demais pesquisas voltadas para o tratamento do HIV/AIDS conduzidas no hospital, a investigação da versão injetável do medicamento utilizado na PrEP foi conduzida nas proximidades dali, em um local dedicado ao atendimento dos participantes.

Situado no primeiro andar de um prédio recém-reformado e organizado como uma clínica, o espaço possuía consultórios nos quais trabalhavam profissionais de saúde de diferentes especialidades. Após entrarem e se identificarem na recepção localizada diante da porta, as pessoas atendidas ali aguardavam sentadas na pequena sala de espera onde, do lado oposto ao da recepcionista, um bebedouro, uma televisão fixada na parede e, abaixo dela, um

móvel de escritório sobre o qual havia revistas e materiais informativos sobre a PrEP. em frente às cadeiras perfiladas, ficava o corredor com as portas das salas onde eram realizados os atendimentos. Após esperarem para serem atendidos segundo o horário marcado, as pessoas que participavam do ensaio clínico – as quais, durante minhas observações, eram todos homens – viam emergir de uma das primeiras portas o médico que lhe chamava pelo nome aquele que seria o próximo a ser atendido. A depender da consulta a ser realizada, cada um entrava em alguma das outras salas de acordo a rotina de atendimentos. No final do corredor, se encontrava a sala onde poderiam ser retirados os medicamentos, conforme fosse o caso.

As visitas de rotinas incluíam a passagem por enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e médicos infectologistas e eram agendadas pelos visitantes conforme os dias e horários disponíveis de cada especialidade. De maneira a organizar a presença das pessoas atendidas, alguns dos horários durante a semana eram destinados à primeira recepção daqueles interessados em tomar parte do estudo. Nestes momentos, chamados pelos profissionais de saúde de “pré-triagem”, os participantes tinham o primeiro encontro com a equipe e com outros participantes que eventualmente estivessem ali.

No dia de pré-triagem, era feita uma explanação ao grupo de potenciais participantes sobre o que seria feito ao longo do período de pesquisa e no que consistiria o tratamento. Como lhes era informado, diferentemente do comprimido ingerido por via oral já em utilização na PrEP e que deveria ser utilizado diariamente, a versão injetável tinha maior duração e poderia, assim, ser aplicada a cada dois meses. Para isso, conforme um dos médicos que fazia a recepção enfatizava, era importante que as três fases do estudo fossem seguidas de modo a que o uso e os efeitos do medicamento pudessem ser monitorados.

A primeira fase consiste em um período de cinco semanas, “chamadas de semanas de segurança”, durante as quais os sujeitos de pesquisa utilizam uma versão em comprimido do medicamento injetável “para o organismo entender a medicação” e para verificar a ocorrência de eventuais feitos colaterais. Durante esse período, seria possível “diminuir a dose ou suspender por algum motivo ou tomar alguma providência” antes de “passar para o injetável”, isto é, antes que se iniciasse o uso do novo medicamento. Na fase seguinte, após a quinta semana, as injeções seriam mensais e, posteriormente, a cada dois meses até o final do tratamento. Entre o quarto e quinto ano, as injeções são suspensas e os sujeitos de pesquisa passam a receber somente a versão ativa do Truvada. Findo o estudo, os participantes são

encaminhados para serem atendidos em algum dos serviços de saúde onde é feito o tratamento regular com PrEP por através do SUS.

De acordo com os assim definidos “critérios de inclusão” no tratamento, era enfatizado na recepção dos participantes que “a gente precisa respeitar algumas coisas, o intramuscular é na nádega, não pode ter tatuagem na nádega, não pode ter silicone e nem a intenção de usá-lo”. Isso era evidenciado uma vez que a população-alvo do estudo “são homens que fazem sexo com homens, mulheres trans e as travestis. Então as travestis elas já têm um impacto nessa resolução de usar silicone ou de estarem se organizando pra isso”. Esse critério de inclusão baseava-se na exigência que, dado volume a ser injetado, “essa medicação é pra ser feita em uma grande área muscular, que é o glúteo e infelizmente não dá pra fazer no deltoide [músculo que reveste o ombro]”, o que seria proibido. A exposição feita para os sujeitos de pesquisa era uma condensação do roteiro de operacionalização do ensaio clínico, destinado para orientação dos profissionais de saúde envolvidos no ensaio clínico.

Desde o início do tratamento os participantes recebem junto com o medicamento testado a versão já utilizada na PrEP, isto é, a combinação de entricitabina e tenofovir (Truvada). A randomização, isto é, a atribuição aleatória de medicamentos acontece quando se dividem os sujeitos de pesquisa em dois segmentos de acordo com os que tomam medicamentos com princípio ativo e com aqueles que tomam medicamentos placebo. Dessa forma, na primeira etapa da pesquisa um segmento de participantes recebe o medicamento testado na forma ativa e placebo de Truvada. De modo inverso, o outro segmento recebe a versão placebo do medicamento testado e a versão ativa de Truvada.

Na segunda etapa, a mesma distribuição se repete, porém com o medicamento na versão injetável. Assim, um segmento recebe a versão ativa do medicamento injetável sob teste mais placebo de Truvada e o outro conjunto de participantes recebe a versão placebo do medicamento injetável mais Truvada na forma ativa. Com isso, nos dois segmentos os participantes recebem um medicamento na versão ativa, seja o medicamento em teste, seja o Truvada, ainda que somente este último tenha a eficácia conhecida.

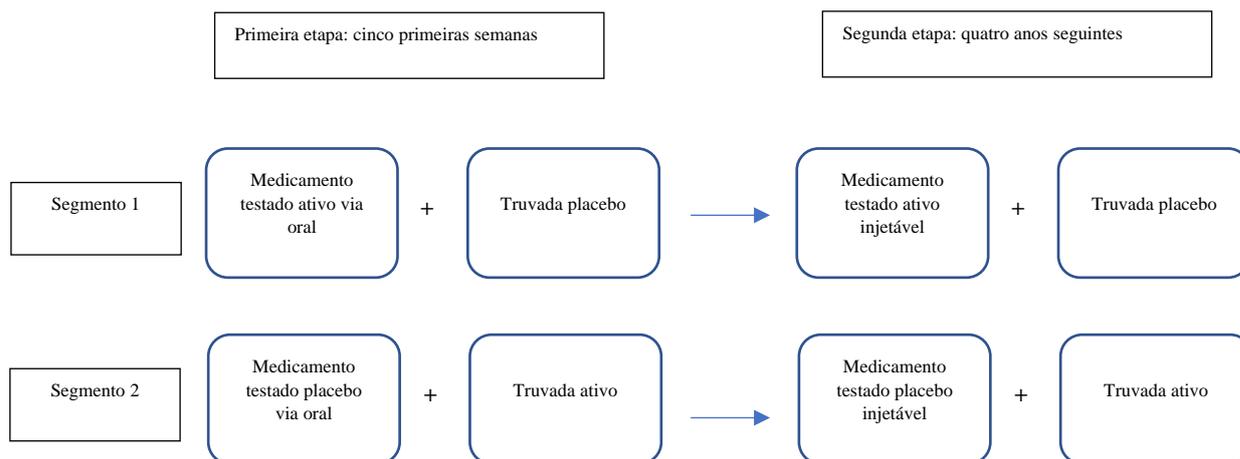


Figura 1. Esquema de randomização. Figura adaptada do material instrucional do estudo.

O processo de randomização é considerado duplo cego porque nem os médicos nem os usuários dos medicamentos sabem quem utiliza as versões ativas e quem utiliza os placebos. Na terceira fase deste ensaio clínico ele deixa de ser duplo cego, pois a partir do último ano de tratamento todos os participantes passam a tomar Truvada na forma ativa. Segundo aquilo que é exposto aos participantes, uma vez verificada a eficácia do medicamento, haverá a possibilidade de escolha entre a versão oral de uso diário e a versão injetável bimestral. Isso depende, todavia, da adoção da versão injetável pelo sistema de saúde.

Após a apresentação feita para o grupo de interessados, cada sujeito de pesquisa é atendido individualmente de forma a fazer a testagem para HIV, hepatite e sífilis e obter uma cópia do termo de consentimento, que deve ser entregue até a próxima visita, caso eles concordem em participar do ensaio clínico. Embora alguns levassem o termo de consentimento para ler em suas casas, alguns já o assinavam no mesmo dia da pré-triagem. Uma vez satisfeitos os critérios de inclusão, isto é, os pré-requisitos médicos e comportamentais definidos, era formalizada a inserção do sujeito de pesquisa na rotina de exames e de medicação.

O percurso de atendimento ao longo das visitas, além da avaliação clínica, inclui o acompanhamento do comportamento sexual dos sujeitos de pesquisa através da aplicação de um questionário pelas profissionais de saúde responsáveis pelo aconselhamento das pessoas inseridas no estudo. Conforme uma delas explica, “é um questionário que avalia o grau de risco desse participante, então a gente não tem acesso ao que ele respondeu, a gente só vai ter acesso ao final de um score, que é passado transmitido para a base de dados”.

Através de perguntas que abordam itens como a quantidade de parceiros, a posição sexual e as vezes em que se teve relação sexual sem o uso de preservativos “no final aparece então um score, que é tipo um relóginho, que é tipo esse relóginho aqui, com um número, o score dele mesmo. E aí a partir desse relóginho, bem no final, tem a classificação dele, se é alto risco, se não é”. Esse “relógio” tem o formato de um velocímetro de ponteiro que se desloca mais na medida do valor do risco apontado. Embora o risco calculado através deste questionário não interfira nos percursos de atendimento, esse aconselhamento é a parte da rotina de tratamento que mais diretamente insere as práticas sexuais dos sujeitos de pesquisa no rol de monitoramentos feitos.

O processo de identificação e inclusão dos sujeitos que participam do desenvolvimento de um recurso médico, como defendem Nelly Oudshoorn e Trevor Pinch (2003), não é algo trivial. A maneira como se concebe o usuário final de uma tecnologia médica pode tanto facilitar quanto restringir as formas de apropriação daquilo que está sendo formulado, incluindo a capacidade de decodificar e seguir instruções. O modo como se procura especificar o engajamento de um público específico implica em maneiras heterogêneas de acesso e, assim, uma tecnologia médica, no processo mesmo de sua elaboração, configura distintos usuários. Ao ressaltarem que não existe uso essencial que decorra de um artefato, os autores pretendem enfatizar não o efeito de uma tecnologia sobre os sujeitos, mas o aspecto mutuamente constitutivo entre concepção e uso.

Nesse sentido, o ensaio clínico sobre a PrEP conduzido em Porto Alegre também configura seus usuários a partir do estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão, por exemplo, estabelecem condicionantes médicos e comportamentais para a admissão dos sujeitos de pesquisa. Dentre os primeiros, estão a não infecção por HIV e “boa saúde”, segundo os parâmetros que devem ser medidos por diferentes exames laboratoriais. Em relação aos outros critérios, o sujeito deve ser homem que se relacione com homem ou mulher trans e estar “em alto risco de adquirir infecção por HIV, segundo auto-relato”.

Em sua revisão de como os usuários da PrEP foram concebidos nos ensaios clínicos que culminaram na liberação deste tratamento, Martin Holt (2015) compreende que os candidatos ao uso da PrEP são concebidos como indivíduos primariamente associados ao risco de infecção pelo HIV por não conseguirem fazer uso adequado das ferramentas de prevenção. Por

consequência, a principal questão que emerge na formulação da oferta da PrEP é como estimular a adesão ao regime de medicamentos e, com isso, as formas diferenciais de acesso aos serviços de saúde, bem como as distintas motivações de uso, são colocadas em segundo plano. Disto depreende-se que conceber o usuário da PrEP a partir da possibilidade de sua exposição ao risco isola esse fato dos outros aspectos de sua vida. A depender das configurações de vida dos usuários, portanto, nem todos estariam aptos a adentrar um ensaio clínico, ainda que se identifiquem como alguém em situação de risco.

Nesse sentido, mesmo que o espaço de manobra para a apropriação de recursos médicos seja maior ou menor para diferentes usuários, Oudshoorn e Pinch (2003) ressaltam que a interação entre tecnologias e usuários é um processo que envolve diferentes mediações, de forma que não são estritamente os usuários finais os únicos a participarem do processo de configuração. Conforme compreendem, “tecnologias médicas, por exemplo, têm uma variedade de usuários, incluindo pacientes, profissionais de saúde, administradores de hospitais, enfermeiros e familiares de pacientes” (OUDSHOORN; PINCH, 2003, p. 6, tradução nossa). Todos esses acionam repertórios variados para inscrever suas perspectivas em um recurso, ampliando, assim, as possibilidades de sua configuração.

Tal como ocorreu durante a apresentação do estudo aos interessados em participar do ensaio clínico, era realçada a importância de se “respeitar as fases” da pesquisa até que se pudesse chegar ao medicamento injetável e era enfatizada a relevância de se manter uma “boa adesão na tomada dessa medicação”. Ao passo que a retenção dos participantes ao longo dos anos de duração do ensaio clínico da PrEP injetável é enfatizada, essa questão não era a única presente. Quando se abordava a relação da clínica onde era conduzida a pesquisa e o hospital ao qual estava vinculada, os participantes eram informados que toda a rotina seria feita ali, sendo feitos no hospital somente os exames laboratoriais de material biológico. Dessa maneira, não haveria a necessidade de os sujeitos circularem pelas alas do hospital.

Como era dito aos participantes, na organização da pesquisa sobre a PrEP os representantes junto à pesquisa da população interessada falaram em favor de um espaço distinto do setor de infectologia do hospital público ao qual a pesquisa está vinculada. Em que pese a parceria entre a empresa de pesquisa e o hospital, o médico disse que “nós só não estamos lá dentro porque a população que está sendo beneficiada com a PrEP solicitou que fosse assim”. Para que os usuários da PrEP não precisassem ser vistos no hospital e com isso ter que

“justificar” o que fazem ali, “então em reuniões anteriores a gente ouviu essa narrativa e viemos pra fora, pra oferecer um ambiente mais discreto e que seja mais acolhedor pra população em uso da PrEP”.

O local onde é feita a pesquisa dedica-se ao atendimento dos sujeitos envolvidos com o ensaio clínico e, não fosse assim, eles seriam incluídos no fluxo de atendimento do hospital e de seu serviço de infectologia. Com relação à organização da agenda de atendimento, a clínica, segundo expôs o médico, “não pode virar um posto de saúde lotado que vocês têm que vir às 5 da manhã, não é assim que funciona. Então a qualidade tem que manter e vocês tem que ter o nível de acolhimento e atendimento até o final, da mesma forma que iniciaram”.

A preocupação com o atendimento refletia não só a dimensão estrutural do projeto, como também assumia uma dimensão conceitual no que diz respeito às maneiras como os sujeitos de pesquisa eram tratados. Em uma das primeiras conversas que tive com um dos organizadores do estudo um tempo antes do início das atividades no novo consultório, enquanto ele me falava sobre o funcionamento da rede de pesquisa, ele explicou que um dos propósitos do novo espaço era evitar que os “voluntários” tivessem que ter um trânsito parecido com o das pessoas em tratamento ou internação no hospital, uma vez que tratava-se de “pessoas saudáveis”. Outra ocasião em que aprendi sobre o cuidado conceitual dirigido aos sujeitos incluídos na pesquisa foi quando negociava meu acesso às atividades de recrutamento. Ao me referir aos sujeitos de pesquisa como “pacientes” fui prontamente informado por um membro da equipe responsável pelo recrutamento que na verdade eles não seriam pacientes, uma vez que eles não estavam doentes.

A partir de sua pesquisa, que abordou como os medicamentos adquirem significados, Rogério Azize (2002) investigou como alguns medicamentos que possuem princípios ativos que atuam sobre o corpo não eram concebidos como destinados a combater um mal, uma doença ou um desconforto. Ao acompanhar a venda, prescrição e consumo de um medicamento antidepressivo, de um medicamento indicado para a perda de peso e de um medicamento para tratar a disfunção erétil, o autor identificou como seus efeitos eram descritos não como capazes de aliviar um mal-estar, mas como capazes de melhorar a “qualidade de vida”. Se, por um lado, os fabricantes evitavam associá-los a doenças, por outro, os usuários apontavam a existência de sintomas, mas negavam dar a eles um estatuto de doença.

Ao se referirem aos medicamentos como um acessório, uma ajuda ou um instrumento para atingir determinado fim, os usuários acompanhados por Azize não só lhes negavam ativamente as indicações nosológicas como se referiam à busca por atendimento como uma eventualidade. Ao desassociarem seus estados físicos de patologias, os usuários negavam também o próprio estatuto de medicamento para as pílulas que tomavam. A questão levantada pelo autor a partir dos usos dados aos “medicamentos de qualidade de vida” é que estes não ocupam um lugar simples em um binômio de saúde e doença e os meios farmacológicos para lidar com estados físicos ou mentais estão além de uma oposição entre normalidade e patologia.

De maneira semelhante, apesar de durante a sua recepção no ensaio clínico os sujeitos de pesquisa aprendem sobre a importância de seguir as fases do estudo sobre o medicamento utilizado na PrEP e de ter uma boa adesão à medicação, a concepção desta como algo que trata “pessoas saudáveis” e a concepção das rotinas de exames como um processo de voluntariado dificultam o enquadramento destas em um binômio simples de saúde e doença ou de normalidade e patologia. Por que os sujeitos já são saudáveis, não há saúde a ser restaurada. O efeito preventivo do medicamentos, portanto, pode ser entendido com estando em algum lugar para além da oposição entre saúde e doença.

Ao estabelecer uma ligação entre tratamento e prevenção, a PrEP também permite outras complexificações ao propor o uso de medicamento como algo que não se define pelo seu poder curativo. Na publicação em que são apresentadas aos trabalhadores e gestores de saúde as bases conceituais da Prevenção Combinada, é feita uma retrospectiva sobre a “história das respostas brasileira e mundial à epidemia” segundo a qual, “é possível identificar aos menos três momentos distintos na evolução dos paradigmas de prevenção do HIV” (BRASIL, 2017b, p. 21):

Historicamente, num primeiro momento, as diversas respostas dadas à epidemia ao redor do mundo estabeleceram a noção de grupos de risco: uma população sujeita a determinados condicionantes e fatores ou com determinadas características, que as tornam mais propensas a ter ou adquirir determinada doença. No Brasil, alguns segmentos populacionais foram identificados nessa fase como constituintes de grupos de risco. [...]

Como resposta a essa abordagem eminentemente epidemiológica e à hostilidade, discriminação, rejeição, intolerância e desconfiança que esta

favorecia (mesmo que de forma não intencional), surgiu no início dos anos 90 um segundo modelo na prevenção do HIV, proposto pelo epidemiologista estadunidense Jonathan Mann.[...] A noção de vulnerabilidade foi agregada à ideia de risco à maioria das ações de prevenção do HIV nas respostas governamentais mais arrojadas. A partir disso, a epidemia passou a ser tratada menos como um problema individual, resultante de comportamento e ação de indivíduos ou grupos, e mais como consequência dos padrões de organização da sociedade, seja política, econômica ou culturalmente.

O terceiro momento na evolução paradigmática dos modelos de prevenção do HIV é marcado pela ruptura da distinção, até então bastante rígida, entre prevenção e tratamento. A principal causa para a flexibilização dessa distinção foi a estruturação de estratégias de prevenção baseadas no uso de ARV, insumo até então empregado apenas como medida de tratamento. Desse modo, na medida em que estratégias como PEP, PrEP e TTP passaram a compor o conjunto de opções para a estruturação de estratégias de prevenção do HIV, um novo paradigma é criado, baseado na combinação dessas estratégias com aquelas já consagradas pelos paradigmas anteriores (BRASIL, 2017b, p. 22–23, grifo nosso).

A indistinção da divisão entre tratamento e prevenção, tal como é sugerido pelas bases conceituais da Prevenção Combinada, aponta para como os medicamentos “são objetos saturados de significado e muito ambivalentes”, como assim os definem Desclaux e Lévy (2003, p. 5, tradução nossa). Geest et al, ao definirem medicamentos, afirmam que “o protótipo dos medicamentos é a matéria médica que alivia a doença, e a importância dos medicamentos para a maioria das pessoas reside na sua eficácia curativa” (GEEST; WHYTE; HARDON, 1996, p. 154, tradução nossa). Como a conceitualização da PrEP indica, todavia, os efeitos dos medicamentos não residem precisamente em seu poder curativo; uma vez que estes não eliminam uma enfermidade presente. Ao tensionarem a distinção entre prevenção e tratamento, os medicamentos utilizados na PrEP tensionariam também, ao menos normativamente, a dicotomia entre saúde e doença e constituiriam a saúde como algo estaria além da negação da doença.

Assim, se os critérios de inclusão no ensaio clínico delimitavam o perfil dos potenciais sujeitos de pesquisa a partir de uma noção de saúde que se encontra em disputa, a necessidade de retê-los durante os anos de estudo reconfigurava de alguma maneira o jogo de forças entre

pesquisadores e sujeitos de pesquisa, uma vez que não seria interessante para o estudo que alguém abandonasse o tratamento ao longo dos anos de tratamento. Entretanto, isso não estabelecia necessariamente uma relação estável.

Membros da equipe de profissionais de saúde seguidamente consideravam a questão da retenção dos participantes. Diante da percepção de que os participantes da pesquisa interagiam pouco entre si, um dos médicos relatou que foi sugerida aos organizadores regionais do estudo a proposta de possibilitar às pessoas em tratamento que pudessem mostrar algum trabalho pessoal durante um encontro que haveria entre a equipe de pesquisa e os monitores estrangeiros que viriam acompanhar o andamento do estudo. O intuito seria fazer as pessoas se familiarizarem mais com o ambiente da clínica e que os períodos passados na sala de espera pudessem ser aliviados a partir de uma maior interação entre os sujeitos de pesquisa.

A proposta não foi deferida em função da importância dada a se ater ao protocolo de pesquisa. Para aqueles envolvidos na intermediação entre as diferentes partes que fazem a pesquisa acontecer, nem sempre as prioridades estavam alinhadas. Quando me contava sobre as ideias a respeito de como fortalecer a retenção dos sujeitos de pesquisa, o médico falou sobre as dificuldades em obter retorno das propostas feitas, tanto pela equipe de pesquisa quanto pelo comitê comunitário que monitora o estudo, aos organizadores da pesquisa. Segundo ele, esses impasses são desnecessários, “umas coisas assim que nem precisava tanto, sabe? A gente pensa de um lado e eles já tão pensando no outro”.

A constante negociação estava presente, segundo ele, desde as reuniões periódicas feitas com as equipes dos diferentes locais de pesquisa até as questões envolvendo os trâmites locais. Seja porque, de uma parte, havia conflito entre a realização dos aspectos técnicos da pesquisa que às vezes precisavam ser ressaltados e as demandas da “militância política” feita sobre o ensaio clínico; seja porque, de outro lado, as tentativas de “humanizar a situação” se defrontava com as exigências advindas dos procedimentos a serem cumpridos. Através da avaliação sobre as formas de conduzir a pesquisa clínica seus organizadores mostravam suas considerações a respeito de como agir. Por meio dessas apropriações, a preocupação tanto com as orientações a serem seguidas como com os participantes do estudo encontravam-se presente nas pessoas envolvidas. Diante das questões que surgiam, o decorrente processo de adequação possibilitava a interpretação das normas de operação do estudo.

## 2.2 Definindo papéis

O tensionamento entre a tentativa de garantir a imparcialidade da pesquisa e a relação com os participantes também se manifestava nas discussões a respeito da composição do grupo de pessoas incluídas para o tratamento com PrEP. De acordo com o previsto para a condução do ensaio clínico em seus diferentes pontos de realização, o estudo é organizado segundo as três diferentes etapas de tratamento. Antes da pré-triagem, contudo, é feito o “recrutamento”, voltado a obter a participação do público-alvo no estudo.

No caso deste ensaio clínico, o total de sujeitos de pesquisa a serem incluídos dentre todos os pontos de pesquisa é de 4.500 e a parte da investigação conduzida em Porto Alegre se responsabilizou pela inscrição de 177 pessoas. Para garantir esse número, as principais atividades de recrutamento envolviam a distribuição de material de divulgação nas Paradas LGBT da cidade e a presença em de divulgação em mídias sociais. Os grupos de pesquisa em cada um dos países possuíam relativa autonomia na maneira como eram formuladas as atividades de recrutamento de pessoas consideradas, de acordo com as características locais, em maior risco de infecção pelo HIV. Ainda assim, as normas gerais do estudo estabelecem algumas particularidades quanto ao recrutamento em algumas regiões.

Refletindo as demandas pela inclusão da diferença feitas sobre a condução da pesquisas clínicas nos Estados Unidos (EPSTEIN, 2007) e, em particular, as demandas do grupo de lideranças negras vinculadas à rede de pesquisa, o projeto deve buscar incluir neste país em específico ao menos 50% de “homens negros que se relacionam com homens”. Se não havia recomendação para o recrutamento proporcional quanto às configurações raciais regionais, havia, contudo, recomendação para que 10% dos sujeitos de pesquisa do estudo como um todo fossem compostos postos por mulheres transgênero. Conforme presenciei, a questão da diversificação do grupo de sujeitos de pesquisa se constituiu em um tema recorrente no estudo levado a cabo em Porto Alegre.

Como parte do desenho das pesquisas clínicas projetadas pela rede de pesquisa em HIV/AIDS, cada localidade onde o ensaio clínico é ocorre deve contar com a participação de um “conselho consultivo comunitário”, cuja função é atuar junto aos responsáveis pelo estudo de forma a representar a perspectiva da população local acerca do processo de pesquisa. Esses conselhos existem não só em cada país, mas em cada região de um país onde a pesquisa é conduzida. Ao atuar de maneira consultiva, por exemplo, na adaptação dos materiais de

divulgação e nas formas de recrutamento dos sujeitos de pesquisa, o objetivo formal desse grupo é contribuir, a partir de seu papel representativo, com a condução da pesquisa “segundo o planejado”.

Ainda que o ensaio clínico sobre a PrEP defina de maneira ampla como público-alvo para a América do Sul “homens que fazem sexo com homens” e “mulheres transgênero”, o fato de a pesquisa captar participantes identificados como brancos e de classe média começou a ser criticado pelo conselho comunitário como uma limitação das atividades de recrutamento da pesquisa. Segundo os membros do conselho, que têm trajetória de ativismo no campo da saúde e no movimento negro, o conjunto de sujeitos de pesquisa deveria refletir a diversidade racial e de classe presente não só na sociedade, como também no quadro de vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Eu acompanhei algumas das atividades de divulgação do estudo feitas pelo conselho durante as Paradas LGBT de Porto Alegre e da região metropolitana da cidade e algumas de suas reuniões, que, em geral, ocorriam no local onde era realizada a pesquisa. Nessas ocasiões, em diferentes momentos eu ouvia os membros do conselho manifestar insatisfação sobre a dificuldade de recrutar homens negros e que o público presente nesses eventos era muito jovem para a inclusão no estudo. Segundo eles compreendiam, seria mais eficaz realizar tarefas de recrutamento em locais da cidade que pudessem refletir na diversificação do conjunto de pessoas recrutadas. Os tensionamentos em torno das estratégias de recrutamento estava em constante negociação entre os membros e o representante do conselho junto à equipe de pesquisa, o qual tentava, por um lado, mediar as críticas feitas em torno do recrutamento e, por outro, evitar uma politização excessiva da atividade do conselho.

Essa ação mediadora veio à tona, por exemplo, em uma das reuniões que antecedeu a atividade de divulgação do estudo feita em uma das Paradas LGBT de Porto Alegre. Nesta ocasião, foi discutido o andamento do ensaio clínico sobre a PrEP no Brasil e as dificuldades de execução que um dos pontos de pesquisa enfrentava em decorrência dos questionamentos feitos pelo respectivo conselho comunitário em razão de um “problema de interpretação da leitura do protocolo”. Porque o conselho demandava algo que não estava previsto no desenho do ensaio clínico, o desdobramento da pesquisa localizada em um dos estados sofria atrasos.

Como forma de evitar que ocorressem em Porto Alegre os mesmos contratemplos, foram pontuados por seu representante os objetivos de atuação do conselho. Para além do que

acontecia em outros estados, essa era também uma resposta às ponderações que já haviam sido feitas a respeito do perfil das pessoas recrutadas em Porto Alegre até aquele momento. Após explicar o mal-entendido que ocorrera com a outra equipe, o representante do conselho pediu a atenção de todos e destacou a importância de se entender “qual o papel do conselho comunitário e qual o papel do militante”. Ao passo que em outros espaços ele vê a si mesmo como uma pessoa bastante militante, ali “o nosso papel é ver as questões éticas que envolvem esses voluntários da pesquisa; se não teve desvio de protocolo, por exemplo, isso é uma coisa importante. Esse é o nosso papel”. O critério central para a separação dessas formas de agir é saber diferenciar os espaços de atuação política, pois, como afirma, “sei qual é o meu papel, qual o espaço que eu tô”.

Se em outros contextos de discussão ele compreende como propícios para “brigar”, no sentido de ser combativo, enquanto membro do conselho comunitário ele compreende esse papel como a observação do que está previsto para a condução de uma pesquisa clínica. A diferença entre o papel de militante e o papel de observador comunitário é a diferença entre a atuação política e o trabalho técnico. Apesar de se mostrar aberto às questões levantadas por pessoas que reivindicavam abertamente o lugar de militante, o representante do conselho enfatizou que “aí que tá essa confusão que as pessoas não sabem, dessa coisa muito tênue do que realmente é um conselho comunitário e de ser militante de ONG”. Certas coisas podem ser feitas, pois se enquadram no trabalho de prevenção, o qual, para ele, é também uma questão política. “De repente, a gente tá preocupado com essa questão das bichas pretas, por exemplo. Isso a gente pode fazer”. Da mesma maneira, a distribuição de preservativos durante as atividades de divulgação também pode ser feita como algo que aproxima o trabalho preventivo das ações referentes à pesquisa clínica.

Tal como ocorreu no outro estado, em que os questionamentos do comitê criaram entraves ao início do processo de recrutamento, as divergências a respeito de como formular um recurso preventivo se mostravam através das ambiguidades presentes na tentativa de separação entre o espaço da técnica e o espaço da política. Como resultado da negociação com os ativistas em HIV/AIDS, os comitês comunitários se tornaram, a partir de 1996, uma exigência do NIH para o financiamento das pesquisas nessa área e foram formalizados para cumprir o papel liminar de conectar as particularidades das populações afetadas pelas pesquisas e atuar para que estas ocorram de acordo com as especificações técnicas. Ao terem sua presença incluída na elaboração dos protocolos de pesquisa, os conselhos devem “garantir que as

prioridades de pesquisa sejam sensíveis às necessidades da comunidade e que a comunidade esteja plenamente consciente das atividades planejadas e em curso de pesquisa” (HANC, 2014, p. 7). Ou seja, os comitês são ao mesmo tempo parte das comunidades de pesquisa e das comunidades de pesquisados.

Como foi dito acima, a atenção às diferenças raciais entre as populações incluídas em ensaios clínicos também resulta da participação da sociedade civil organizada que atua permanentemente junto à rede internacional de pesquisa. Tal qual o treinamento dos pesquisadores, a articulação entre os representantes das comunidades pesquisadas é feita não só através do que está normatizado nos protocolos de pesquisa, mas também através de encontros de formação que acontecem entre os representantes no Brasil e entre os representantes de cada país. Esses são momentos de troca de experiências nos quais as diferentes pessoas envolvidas reestabelecem suas formas respectivas de atuação junto às pesquisas clínicas.

Ao passo que os vínculos entre os profissionais de saúde e a matriz da rede de pesquisa são reforçados pelas visitas de auditoria que vêm averiguar o cumprimento do protocolo de pesquisa, as conexões entre os membros da sociedade civil são reatadas também por maneiras, ainda que informais, de prestação de contas da atuação comunitária. Um exemplo disso ocorreu em uma das Paradas LGBT na qual acompanhei a divulgação do estudo. Neste dia, o representante do conselho pediu para tirar uma fotografia dos membros e enviou para um dos coordenadores americanos da organização comunitária, isto porque este acharia positiva a participação dos componentes do comitê. Através dos canais de atuação formalizados, mas também dos informais, as necessidades da pesquisa e as preocupações de implicação política são articuladas sem as interferências geradas pela ambiguidade de papéis.

### 2.3 Um olhar diferenciado

Em um dos encontros do conselho, os membros avaliaram que a participação em uma Parada LGBT na periferia da cidade e o cuidado em priorizar determinados grupos não surtiram efeito na diversificação das pessoas que até então haviam sido inseridas na pesquisa clínica. As limitações em garantir uma inclusão mais equânime, segundo o representante, decorria do fato de que “nos Estados Unidos tem participação negra e hispânica” junto aos formuladores dos

ensaios clínicos e que “no Brasil não teve luta de grupos” centrada nas formas de representação junto às pesquisas clínicas, por isso essas questões eram mais difíceis de se garantir.

Como forma de aprimorar as atividades de recrutamento, os membros tomaram a iniciativa de solicitar aos responsáveis pela pesquisa o apoio na mudança de estratégia de captação de participantes. Essa reivindicação foi respaldada pelo representante do conselho, segundo o qual, este “é propositivo e não deliberativo, mas tem que ser considerado em suas proposições. O comitê não é só pra constar pela qualificação dos membros”. Em relação a isso, a preocupação manifesta por uma das componentes do comitê era de que quem é responsável pelo estudo apenas “quer que o n feche”; “n” é a maneira como eles se referem ao total de participantes incluídos em uma pesquisa.

Em um balanço das atividades de recrutamento entregue para os responsáveis pela pesquisa, eles formalizaram o pedido afirmando que, após uma avaliação do que fora feito até então, era “necessário um momento de reflexão acerca de futuras ações”. Dentre as razões para um “olhar diferenciado” eles indicaram o fato de haver poucos participantes negros no estudo e que não seria “estratégico” repetir ações no mesmo tipo de espaços. Com base no que foi discutido pelos membros do comitê, a solicitação para uma mudança de estratégia decorre “da necessidade de entrada em diferentes campos, em comunidades do município de Porto Alegre uma vez que já é também percebido por diferentes trabalhos realizados em muitas ONGs, das dificuldades de desenvolver estratégias no campo da prevenção a HIV/AIDS”. Paralelamente à indagação sobre de que formas seria possível atingir quem, por diferentes motivos, mais seria beneficiado pelo ensaio clínico, eles lançam a pergunta: “O que faz com que pessoas que igualmente necessitem de estratégias de prevenção, uma vez que se sabe que, ou acredita-se que constantemente se colocam em risco à infecção, abdicuem dessa estratégia tão promissora?”.

Após terem aguardado uma resposta às ponderações que fizeram, os membros do comitê não obtiveram o retorno que exigiam. Isso pode estar relacionado à complexidade das questões que levantam, porém pode igualmente ser uma implicação da sobreposição entre o espaço ocupado de observadores da execução protocolo e o espaço de agentes políticos. Na medida em que as questões levantadas não diziam respeito à execução do que fora planejado pelo desenho da pesquisa, a conciliação entre as prioridades da pesquisa e as prioridades da comunidade foi desestabilizada pela ambiguidade dos papéis assumidos. Em razão de não terem suas

ponderações respondidas, a participação do comitê na última Parada LGBT daquele ano não ocorreu como nas ocasiões anteriores, quando seus membros faziam a abordagem das pessoas de forma a divulgar o estudo e captar voluntários. Diante do posicionamento dos organizadores da pesquisa, a decisão do comitê foi de estar presente, mas de não assumir essas atividades de abordagem do público. Como alternativa, os realizadores da pesquisa contrataram outras pessoas que fizeram esse serviço.

Como Herzfeld chama atenção a respeito da ação administrativa, a implicação das normas sobre as pessoas é algo que os atores levam em conta durante a apropriação que fazem delas. Considerar as orientações estabelecidas em seus efeitos práticos significa ter em vista, segundo o autor, as práticas de seus operadores e as maneiras como estes

usam a literalidade e simplificação de diretivas oficiais para fins instrumentais que podem divergir significativamente daqueles visualizados por seus autores. Alguns fazem isso porque eles acreditam que o 'sistema' trata seus clientes injustamente; outros simplesmente porque jogam com 'o sistema' para seus próprios fins (HERZFELD, 2005, p. 373, tradução nossa).

Através de seu poder de negociação, as atribuições do conselho ora reiteram a função organizadora do protocolo, ora ressaltam a importância do papel consultivo dos representantes comunitários. O tensionamento entre essas duas dimensões reflete as diferentes perspectivas a respeito do grau de aproximação que se deve ter com os sujeitos de pesquisa, haja vista que a reformulação das atividades de recrutamento não era vista por todos da mesma forma. Esse movimento também está presente quando os profissionais de saúde, que respondem tanto aos questionamentos diretos do comitê quanto às demandas dos sujeitos de pesquisa, não encontram total respaldo para as iniciativas que visam à retenção dos participantes e apontam, assim, uma preocupação desmedida com o rigor dos números.

Ao invés de demonstrarem uma polarização entre as perspectivas dos atores envolvidos com o cumprimento de um determinado processo, Herzfeld (2005) ressalta que essas diferenças evidenciam o que há de comum entre eles. Embora essas observações se refiram particularmente a funcionários do Estado, é possível utilizá-las para abordar outras organizações que possuem algum grau de hierarquia, como a rede de pesquisa à qual as atividades em Porto Alegre estão vinculadas. Identificar esse terreno comum ocupado pelos sujeitos significa, portanto, evitar a

separação conceitual entre “ciência” e “folk”, “alta religião” e “superstição” ou “religião popular” (Stewart 1989) e racionalidade e confusão. Isso é uma luta sobre a definição de ordem; e a ordem nunca é, paradoxalmente, em termos de sua própria retórica, fixa mas sempre negociada por atores sociais cuja própria identidade pode oscilar entre aquela de funcionários do Estado e aquela de "pessoas comuns" (HERZFELD, 2005, p. 374, tradução nossa).

O que essas disputas em torno dos sujeitos de pesquisa também refletem, de certo modo, são alguns dos efeitos dos movimentos de inscrição das demandas por inclusão da diferença nos critérios de realização de pesquisas clínicas. Segundo aponta Steven Epstein (2007), como condição para conseguir financiamento para as pesquisas financiadas pelo Departamento de Saúde americano, tal qual esta pesquisa sobre o medicamento para a PrEP, as instituições de pesquisa têm sofrido pressão para incluir no desenho de seus ensaios clínicos estrutura formais que garantiriam a representatividade da diferença populacional. Isso, segundo o autor, tem colocado a questão de que maneira uma mudança substantiva nas formas de conduzir a pesquisa clínica corre o risco de ser suplantada por uma mudança formal em que a inclusão da diferença, demonstrada em números e relatórios, não consegue factualmente interferir na maneira como a diferença é interpretada nos resultados finais dos estudos.

Ou seja, ainda que a formulação das pesquisas clínicas abra espaço para a disputas em torno da inclusão da diferença, o modo como esta impacta nas descrições da realidade não é considerado. Apesar da presença da diversidade entre os sujeitos de pesquisa, pouco se consegue interferir na forma como o conhecimento é produzido a partir da premissa de um corpo humano universal a partir do qual é possível generalizar os resultados do conhecimento científico. Como acontece no caso da pesquisa sobre do medicamento utilizado na PrEP, o tratamento analítico dado à diferença é tido menos como objeto de disputa.

Mesmo que a diferença não seja formulada para além da questão da inclusão, os questionamentos a respeito do perfil dos participantes da pesquisa sobre a PrEP tocam nos modos como as diferenças são produzidas. De um lado, a construção de um corpo enquanto entidade biológica que pode ser agrupada sob as categorias guarda-chuva de “homem que faz sexo com homem” e “mulher transgênero” e posteriormente desassociado do contexto local onde as evidências clínicas foram produzidas. De outro lado, a evidenciação das diferenças raciais na susceptibilidade ao HIV que poderiam ser capturadas a partir da inclusão de sujeitos de pesquisa negros nas técnicas de medição dos ensaios clínicos. Isto é, a constatação da

diferença se coloca na identificação dos fatores que estão sob estudo, ou seja, a probabilidade de infecção ao vírus HIV diante de um regime de medicação.

As questões levantadas pelo debate sobre inclusão racial nos ensaios clínicos evoca, para Epstein (2007), o espectro de essencialismo que ronda a sobreposição entre raça e biologia, na medida que as diferenças no campo da saúde tendem a ser formuladas como diferenças inscritas nos domínios infinitesimais da biologia. Apesar disso, segundo o autor, a “questão não é sobre estudar ou não raça, mas como estudá-la” (EPSTEIN, 2007, p. 231, tradução nossa). Dito de outro modo,

A questão aqui não é que as diferenças raciais na saúde sejam *realmente* sociais e culturais *ao invés de* biológicas, ou *realmente* ambientais *ao invés de* genéticas. Qualquer formulação e/ou pode ser igualmente problemática e pode ignorar as complexidades de o que significa ser uma pessoa corporificada (EPSTEIN, 2007, p. 229, tradução nossa. Grifos do autor).

Se a maneira como o processo mutuamente constitutivo entre tecnologia médica e usuário redundava, por um lado, em um recurso de prevenção elaborado através dos expedientes do ensaio clínico randomizado, com base em um corpo genérico – a noção de “*one-size-fits-all*” (EPSTEIN, 2007, p. 5) criticada na medicina baseada em evidências em favor da atenção às especificidades –; e, por outro, em dinâmicas de inclusão que retêm usuários que se adequam melhor ao esquema de tratamento montado, é porque os tensionamentos entre generalização e particularidade e entre técnica e política estão de alguma maneira relacionados.

As interações possíveis entre social e biológico que a questão da representação coloca – assim como a articulação entre militância e ciência que tenta lidar com elas – põem em relevo justamente as complexidades de ser um sujeito corporificado. Ainda nos termos de Epstein (2007), essas interações destacam como as variáveis consideradas na pesquisa médica trazem à tona os modos pelos quais as experiências sociais podem ter efeitos corporais. Assim como o autor evita formulações do tipo e/ou, Rosengarten (2009) avalia que as intervenções preventivas em HIV envolvem uma mediação entre hábitos corporificados e as construções da medicina. Por conseguinte, diferentemente de opor recursos preventivos e os sujeitos que os utilizam, a autora compreende que tecnologias preventivas envolvem a incorporação prática do conhecimento médico.

Ao se afastar da ideia de que as pessoas simplesmente agem em resposta a uma intervenção que se torna disponível, Rosengarten (2009) argumenta que

o fórum híbrido de mensagens de prevenção e biomedicina encena [*enacts*], no sentido de materializar, sujeitos corporificados cada vez mais diversificados, não simplesmente por meio da organização de novos conhecimentos dos corpos, mas também por meio de seu papel afetivo - e, portanto, ético - no que vem a ser vivido como corpo ou condição (ROSENGARTEN, 2009, p. 14, tradução nossa).

Quando considera o efeito dos antirretrovirais, a autora problematiza a ideia de que a intervenção atua sobre o corpo de quem a utiliza. Se há a supressão da carga viral em um sujeito infectado pelo HIV, isso não decorre unicamente da “boa adesão”, mas da constituição do sujeito corporificado, o que inclui, por exemplo, a presença no corpo de outras medicações, dos usos e das intervenções sofridas pelo corpo e de suas condições de existência. Portanto, se há a supressão da carga viral ou se há uma variação que resulta em um vírus “resistente” isso não é só efeito do antirretroviral, mas de fatores inter-relacionados.

O que a autora pretende complexificar é a noção de que o medicamento atue independentemente do sujeito corporificado. Os efeitos das intervenções antirretrovirais resultam, conforme argumenta, da relação entre a absorção do medicamento e as condições de corporificação do sujeito. Para ela, a premissa de que uma intervenção biomédica, como os antirretrovirais utilizados para atuar sobre a carga viral, tenha efeitos por si só é uma maneira de conceber um objeto externo independente que atua sobre o corpo onde ele se encontra. Isso significa, assim, compreender o efeito de uma medicação e o corpo como realidades separadas.

Ao tomar como exemplo a PEP (profilaxia pós-exposição), ela compreende que se a ideia da “boa adesão” significa sustentar a atuação de uma intervenção sobre um corpo paciente e, ao mesmo tempo, se esta ideia “facilita a pesquisa sobre práticas humanas, isso instala uma concepção dada, e portanto normativa, da agência humana como distinta da matéria que ela está afetando e pela qual é afetada” (ROSENGARTEN, 2009, p. 61, tradução nossa). Por consequência, isso deixa inexplorada a relação mutuamente constitutiva entre intervenção biomédica e sujeito corporificado.

Em uma aproximação dessas considerações aos temas suscitados pela PrEP, abordo a seguir como a constituição dessa intervenção pode estar relacionada com as maneiras pelas

quais os sujeitos de pesquisa, isto é, os usuários do tratamento, materializam as diretrizes de tratamento através de sua participação corporificada.

### 3. OS SUJEITOS E SUAS RELAÇÕES

Durante período que acompanhei a inclusão de participantes no estudo clínico sobre a PrEP, a quantidade de pessoas previstas para serem acompanhadas pela equipe de Porto Alegre foi gradualmente atingida. Como cada sujeito de pesquisa frequentava a clínica em dias e horários distintos, a maneira que encontrei, e que me foi permitida pelos profissionais de saúde, foi acompanhá-los durante os momentos de pré-triagem. Como os dias e horários dessas atividades eram relativamente fixos, as chances de encontrar os participantes eram garantidas.

Quando chegavam à clínica pela primeira vez de acordo com o horário agendado, eles permaneciam na sala de espera para a apresentação que um dos médicos fazia sobre o ensaio clínico e sobre o tratamento com PrEP. Na sala de espera, o ambiente é costumeiramente silencioso, com pouca interação entre os pacientes na área de espera. Ao lado da mesa da recepcionista havia o corredor a partir do qual entrava-se nas salas de cada consultório. Após a exposição inicial sobre o ensaio clínico, cada participante era chamado para atendimento individual. Entre um momento e outro, eu abordei alguns deles e conversei com aqueles que aceitaram falar sobre suas expectativas referentes ao início do tratamento.

Embora o ensaio clínico fosse direcionado a “homens que se relacionam com homens” e a “mulheres trans”, eu somente tive a oportunidade de interagir com os participantes homens, uma vez que durante as etapas de inclusão que presenciei houve a presença de somente uma travesti. Neste dia, ela foi a primeira a ser atendida e foi embora antes que eu pudesse conversar com ela. Quando perguntei a um dos profissionais de saúde se ela retornaria, fui informado que ela se identificava como travesti e não seria incluída no estudo por não ter atendido a um dos critérios da pesquisa, que determinava a não inclusão de pessoas que tenham aplicado silicone na região onde seriam aplicadas as injeções.

Apesar de a dificuldade na inclusão de mulheres trans ter sido apontada em conversas que tive com alguns dos profissionais de saúde, em um desses momentos a questão foi dirimida como algo que necessitaria um esforço especial, haja vista que a participação de mulheres trans no estudo como um todo seria compensada pelo segmento do estudo realizado na Tailândia, onde elas existiriam em grande número. Por ser uma região conhecida pelas cirurgias de transgenitalização, segundo a lógica de que cada ponto do ensaio clínico contribui igualmente para a composição da totalidade do universo de pesquisa, a falta de mulheres trans incluídas em Porto Alegre não afetaria o estudo como um todo.

Como Adams (2013) discute sobre a medicina baseada em evidências, de acordo com os princípios de generalização os resultados de um ensaio clínico randomizado são replicados para diferentes contextos além daqueles onde a pesquisa foi realizada e, desse modo, a aleatoriedade dos sujeitos de pesquisa não é vista com um problema. Quando se considera a perspectiva dos participantes situados especificamente em Porto Alegre, a ausência do ponto de vista das mulheres trans é uma limitação, porém a falta dessa participação não deixa de informar algo sobre o processo de inclusão.

A maneira como a participação neste ensaio clínico reflete, de alguma maneira, o acesso a PrEP no Brasil ou mesmo em Porto Alegre é uma questão em aberto. No momento de minha pesquisa ainda não havia dados disponíveis sobre as características do uso de PrEP no Brasil. Algo que tem sido pontuado, porém, por alguns profissionais de saúde ou pesquisadores na área do HIV/AIDS com quem tive a oportunidade de conversar é que a participação de mulheres trans tem sido desproporcional à participação de homens gays. Igualmente, pouco se sabe, ou mesmo se questiona, sobre o acesso que as mulheres cisgênero têm à PrEP disponibilizada através do SUS. Sem ter pretensões de fazer uma descrição numericamente representativa, a inclusão da perspectiva dos participantes do estudo clínico sobre a versão injetável do medicamento utilizado na PrEP é uma maneira de considerá-las como parte das dinâmicas que têm sido discutidas.

As características dos sujeitos envolvidos em um ensaio clínico sobre PrEP é discutida por Mathieu Trachman e Gabriel Girard (2018) quando os autores analisam como se deu a delimitação dos participantes do ensaio clínico randomizado chamado de Ipergay. Este estudo se centrou na França e seguiu a divulgação dos resultados IPrEX, o primeiro ensaio a demonstrar a eficácia da PrEP. Pela forma como o estudo se dirigiu aos participantes, os autores entendem que este coloca no centro da discussão sobre a PrEP as possibilidades de conciliação entre responsabilidade individual e as possibilidades de assumir riscos. Os eventuais usos dados ao tratamento evocam, segundo os pesquisadores, a figura moral do “homem falível”, o qual, apesar de racionalizar sobre sua sexualidade, não seria capaz de se proteger.

A partir de suas experiências como membros do grupo de pesquisadores do estudo Ipergay, Trachman e Girard (2018) abordam a maneira como este concebeu os participantes. Ao pontuarem as diferentes capacidades de julgamento que os indivíduos têm, os autores entendem que a falibilidade se encontra entre elas e que

O envolvimento no teste pressupõe que os voluntários querem se reformar; mas que não têm sucesso: de certo modo, exemplifica uma situação moral em que o acompanhamento das regras não é óbvio e no qual as singularidades das situações e as diferenças de percepções devem ser levadas em conta (TRACHMAN; GIRARD, 2018, p. 33, tradução nossa).

Por outro lado, Rosengarten (2009) entende que o debate a respeito dos efeitos que a prevenção antirretroviral pode ter, ao fazer uma distinção rígida entre medicamento e o sujeito que o utiliza, projeta sobre este últimas dúvidas a respeito de o que pode acontecer uma vez que haja uma inovação médica. Em uma relação de causa e efeito, os aparatos médicos despertariam nos sujeitos “bons” ou “maus” comportamentos que precisam ser avaliados. Dessa maneira, o papel agetivo dos sujeitos passa a ser abordado somente a partir da presunção de que eles podem ou não agir segundo uma forma esperada. Como consequência, as redes de relações das quais tanto o tratamento quanto os sujeitos fazem parte deixam de ser consideradas. Seguindo a perspectiva de Rosengarten, a abordagem das expectativas dos sujeitos não visa a identificar tipos de sujeitos morais acionados pela utilização da PrEP, mas a ter em vista a “relação coextensiva” (ROSENGARTEN, 2009, p. 5) entre sujeitos e tratamento.

### 3.1 Entre o experimental e o terapêutico

Por meio da parceria com o hospital, a clínica onde eram realizados os atendimentos oferecia um local a mais de acesso à PrEP para além dos outros quatro postos de saúde de Porto Alegre que ofertam o tratamento regularmente. O governo federal compra os lotes de Truvada e distribui entre os estados e, juntamente com a capacidade que cada unidade de saúde tem de ampliar seu atendimento, isso implica na possibilidade de incluir novos usuários. Nesse sentido, ao ter procurado a PrEP inicialmente em um desses postos, um dos sujeitos de pesquisa com quem conversei retratou um percurso particular em relação àqueles que apareceriam nos relatos de outros interlocutores que procuraram o estudo clínico.

Conforme Alberto<sup>2</sup> conta sobre como soube do estudo, ele havia procurado um dos postos de saúde do município e, devido à falta de vagas para inclusão no tratamento, a

---

<sup>2</sup> Os nomes foram alterados.

profissional de saúde que o atendeu informou sobre a possibilidade de ter acesso através do ensaio clínico:

Fiquei sabendo porque fui atrás do PreP e daí eu fui ali no Santa Marta, no Centro, e já tinha uma fila de espera. Aí ela me falou que tinha esse lugar que ia iniciar esse ano, que era um estudo diferente... Não sei se você sabe da diferença... E aí pra mim fica mais fácil, porque como eu tô sempre ali por aquela zona, não vou muito pro Centro, daí o acesso fica mais fácil e eu acabei ficando ali. A psicóloga da prefeitura disse que tinha uma fila de espera então que se eu quisesse de imediato começar a tomar o medicamento, que eu poderia procurar esse estudo, que eles iam começar a chamar as pessoas. Foi o que aconteceu.

Em sua visão, o atendimento ali era uma vantagem, inclusive no que diz respeito ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Segundo ele descreve, “são uma equipe de trabalhadores de saúde bem competente. E a estrutura é diferente. Eles têm um espaço específico dedicado a isso e acho que tem um cuidado com a saúde interessante”. Em relação ao que esperava encontrar, contudo, ele faz uma ressalva a respeito do sigilo no atendimento:

Isso eu acho um problema do projeto, que no início do projeto se falava muito na questão do sigilo, e acho que o sigilo ele não existe completamente, pelo menos na dimensão que eu tinha entendido no início. Porque mesmo ali na sala de espera a gente acaba encontrando gente que a gente conhece, ou que eu já fiquei, ou pessoas que são da minha rede de afeto ou de relacionamento. Pelo menos nesse momento eu encontrei umas quatro pessoas que eu já conhecia. E, tá, a pessoa tá na mesma condição que eu, não teria um problema isso e eu também não tenho nenhum problema em dizer que uso, não é uma questão da minha privacidade, mas aí a gente chega, faz o teste de sangue, fica esperando e enquanto isso a gente vai ser atendido por vários profissionais, farmacêuticos, enfermeiro que vai medir a pressão, vai medir a temperatura do corpo, vai medir o peso. Depois a gente tem a entrevista com a psicóloga ou não, depois a gente tem a entrevista com a médica toda vez. E enquanto isso as outras pessoas também ficam no mesmo fluxo de atendimento, um vai outro volta, um vai outro volta. E daí, assim eu sinto que a equipe, claro, não me dá informações na frente de outras pessoas, ela me chama pra conversar na sala, então nesse aspecto o sigilo é respeitado, mas a questão de conhecer

outras pessoas, não. E hoje eu acho que, não sei se cem por cento, mas noventa por cento, pelo menos, são de homens gays, não têm transexuais.

Dentre as questões levantadas por Alberto, um dos elementos que podem ser ressaltados diz respeito à maneira como as pessoas decidem participar de um ensaio clínico. Em sua investigação sobre as redes globais de ensaios clínicos, Petryna (2009) discute que as situações de saúde que os sujeitos apresentam podem transformar a inclusão em uma pesquisa na área médica em objeto de demanda coletiva, como forma de obter medicamentos que de outra maneira são inacessíveis. As configurações estruturais que tornam os ensaios clínicos atraentes indicam, para a autora, o reducionismo das discussões sobre partição de pacientes quando estas se dão somente em torno dos dualismos de consentimento informado versus coerção.

As reivindicações feitas pelos sujeitos de pesquisa acompanhados por Petryna (2009) levam médicos e pacientes a buscarem as melhores alternativas existentes e, como consequência, “pesquisas de todos os tipos, ambas privadas e públicas, perturbam a linha entre experimental e terapêutico”(PETRYNA, 2009, p. 185, tradução nossa). A fila de espera no posto de saúde e a falta de previsão de quando ele poderia iniciar a utilizar a PrEP podem transformar, portanto, o ensaio clínico em uma opção viável, ainda que haja a possibilidade de utilizar a combinação de Truvada na forma de placebo e um antirretroviral cuja eficácia ainda está em teste.

Para Bernardo, que também teve uma experiência prévia com o sistema público de saúde, o ensaio clínico se tornou atrativo principalmente após ter sido mal atendido ao buscar o teste rápido para HIV.

Assim, como eu me exponho bastante eu tinha o interesse de ter uma segurança e tudo mais e daí eu fui atrás pesquisar, porque até então tem um amigo meu que é terapeuta sexual e ele tinha me comentado em função da PrEP e tudo mais, só que foi por cima e deu. E eu lembrei disso esses dias, acho que foi final de semana passado e fui Google procurar, daí eu vi o site, fui e pesquisei, fiz o cadastro, expliquei um pouquinho da minha situação, da minha exposição e tudo mais, pra ver o que que a gente ia fazer, aí eles mandaram um e-mail agendando. Eu sou de Guaíba e lá o atendimento é horrível. Só para tu ter uma noção, quando fiz meu primeiro teste rápido há quatro anos atrás fui xingado pelo enfermeiro, pois falei que tinha relações sem camisinha dentro do relacionamento. “E daí”, ele me disse, “nem

prostituta vem tanto aqui pra fazer exame como tu”. Daí eu disse “Mas é meu primeiro exame” e ele me questionou como eu sabia tanto sobre o assunto. Daí eu expliquei que minha tia faleceu em decorrência do HIV e que sou técnico de enfermagem e mesmo assim ele não acreditou, como se eu devesse alguma coisa da minha vida sexual pra ele. Faço exames periódicos de HIV e pela rede pública sempre tive um péssimo atendimento e descaso total. Os enfermeiros te tratam como promíscuo, sendo que tu tá procurando manter tua saúde, sabe? Já aqui no consultório da PrEP o atendimento foi excepcional. Da forma certa que isso deveria ser tratado. O que faz a comunidade LGBT fugir de posto de saúde é justamente isso, o julgamento.

Em meio aos contextos locais de uso de PrEP, o ensaio clínico se destaca, assim, tanto no que se refere à capacidade dos serviços públicos de incluir novas pessoas no tratamento quanto às experiências que as pessoas têm com a maneira como se dá o atendimento. As iniciativas existentes entre as pessoas interessadas em adentrar um ensaio clínico, segundo Petryna (2009), possibilita o acionamento dos sujeitos paralelamente à organização das redes de pesquisa. Aquilo para o que a autora chama a atenção é que o compartilhamento de uma condição de saúde possibilita a circulação de valores entre os pacientes, os quais estabelecem formas de cooperação. Se há, por um lado, condições estruturais que levam de algum modo à inclusão de pessoas em um ensaio clínico, por outro, as redes de conhecimento que existem entre os sujeitos também tornam um ensaio clínico alvo de procura pelas pessoas interessadas.

No caso de Alberto e Bernardo, houve as interações com a rede de saúde, porém ambos comentam que pessoas próximas a suas redes de relação tinham algum grau de informação sobre a PrEP. A recomendação de um amigo no caso de Bernardo e as ponderações que Alberto faz sobre o reconhecimento de alguns dos participantes apontam para um conhecimento sobre a PrEP compartilhado por pessoas que se conhecem. As relações estabelecidas entre os sujeitos, e os conhecimentos que circulam através delas, se tornam, desse modo, uma via de acesso ao tratamento com a PrEP.

Assim como as demais pessoas que buscaram o ensaio clínico, Carlos participou da pré-triagem e, durante o atendimento individual com um dos profissionais de saúde, ele foi informado de que sua participação não seria possível. Como era previsto pelos critérios de inclusão do estudo, ele não poderia ser inserido por já utilizar a PrEP. Apesar de não participar do estudo, Carlos concordou que eu o acompanhasse futuramente no posto de saúde onde ele

recebe atendimento desde o início do ano de 2018. Como há um intervalo de três meses entre cada uma de suas consultas, eu o encontrei posteriormente em uma de suas idas ao local onde ele faz seus exames e retira seus medicamentos, um hospital público situado na Zona Leste de Porto Alegre.

A iniciativa de participar do ensaio clínico, segundo Carlos descreve, foi motivada pelas informações que obtive com seu médico e com uma amiga. Sem considerar que o esquema de tratamento do ensaio clínico envolve também a ingestão diária de comprimidos, ele atribui seu interesse pelo novo local de atendimento à possível mudança no remédio utilizado.

Eu já faço PrEP SUS e há bastante tempo atrás o médico que me atende já tinha me falado que havia, que em breve haveria essa pesquisa. Daí ele falou tudo daí eu disse “tá”, mas enfim, como eu tava fazendo nada daí esses dias eu tava num lugar conversando com uma amiga minha e uma pessoa próxima dela tava fazendo ali, e daí fui falar então eu disse “ah, então vou lá ver como é que”, enfim... Até porque não é um remédio diário, enfim, e isso facilita muito, né. Daí eu “ah, vou ligar”. Por fim, chamei e agendei.

No local onde encontrei Carlos, a sala de espera da área do hospital onde são feitos atendimentos referentes a HIV/AIDS, havia um sofá onde algumas pessoas aguardavam atendimento. Após passar pela recepção, quem ia fazer teste retirava de um mural uma ficha com um número e quem tinha alguma consulta agendada aguardava ser chamado pelo nome. Na primeira vez que chamaram por Carlos, ele fez a extração de amostra de sangue, para seus novos exames, entregou o resultado dos exames anteriores e respondeu às perguntas de monitoramento referentes ao uso dos medicamentos e de seu comportamento sexual no período decorrido entre as consultas. Após esse momento, ele retorna à sala de espera até ser chamado novamente, quando conversa com o médico e obtém a receita para a retirada de medicamentos. Os procedimentos junto aos profissionais de saúde são, segundo relata, abordados com tranquilidade.

Normalmente é uma enfermeira que faz essa primeira parte ali, daí o médico me atende depois. A gente fica numa sala só eu e a pessoa que faz a pergunta, no caso. Ah, eles perguntam coisas de rotina em relação à sua saúde ali, dor de garganta, feridas e coisas do tipo, suspeita de doenças, IST em geral. E daí depois perguntam com quantos parceiros nos últimos três meses, se tu usou camisinha. A equipe que atende a gente é muito querida, muito simpática. Ao

menos eu nunca senti nenhum tipo de julgamento. Eles falam de uma forma muito respeitosa, eles tentam ser mais reservados e tal, mas eu, como sou mais brincalhão e falo mesmo comigo é muito tranquilo. Não sei como é com as outras pessoas.

Uma vez terminada a consulta com o médico, acompanhei Carlos até a farmácia do hospital onde são retirados os medicamentos antirretrovirais. Ali ele entrega a receita médica e recebe os frascos com os medicamentos que ele vai utilizar nos próximos meses, ao fim dos quais ele retorna para a próxima consulta.

É uma receita pequena. Bem simples assim, só pra retirar lá. É igual a um receituário médico mesmo. É a cada três ou quatro meses. Depende da época, eu acho, da demanda deles. Tipo, no final do ano foi quatro meses, eu acho que por causa daquelas festas ali tal. Ele dá uma receita pra tirar pra todo esse período.

O acesso ao medicamento utilizado na PrEP através da rede pública de saúde, que ocorre desde dezembro de 2017, insere-se na política brasileira de distribuição de medicamentos antirretrovirais. A partir de 1988, os medicamentos eram destinados para tratar as infecções oportunistas em pessoas com AIDS e, em 1991, os medicamentos antirretrovirais passaram a ser adquiridos pelo governo federal de maneira assistemática. Desde 1996, tornou-se obrigatória por determinação legal a distribuição destes medicamentos através do SUS e, em 1998, o governo federal se tornou responsável pela aquisição dos medicamentos enquanto foi transmitida aos estados e municípios a responsabilidade de adquirir os medicamentos necessários ao tratamento de manifestações associadas à AIDS (GALVÃO, 2002).

Os atendimentos referentes ao HIV/AIDS também são descentralizados entre estados e municípios, os quais se responsabilizam pelas atividades locais de exames e tratamento. Em razão dessas “descontinuidades administrativas”, como descreve Biehl (BIEHL, 2007, p. 388), a execução do programa de antirretrovirais pode encontrar diferenças entre cada estado de acordo com as características infraestruturais, de gerenciamento e de configuração política de cada localidade, o que pode afetar, por exemplo, o tempo de provisão de medicamentos.

Se, por um lado, o hospital através do qual Carlos recebe atendimento está vinculado ao governo de nível estadual, por outro, ele se insere na gestão nacional de distribuição de medicamentos (GALVÃO, 2002). Assim como acontece com outros antirretrovirais (Anexo 1),

a prescrição de PrEP é efetuada por meio do registro no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Criado com o objetivo de fazer a gestão da dispensa de antirretrovirais, esse sistema faz o monitoramento dos medicamentos prescritos e serve como uma das fontes para a elaboração do boletim epidemiológico sobre HIV/AIDS publicado anualmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019, 2013). Mediante à informação do acompanhamento clínico das pessoas sob tratamento (Anexo 2), o medicamento é liberado através da farmácia pública onde sua entrega é realizada.

Em razão disso, fazem parte dos atendimentos de Carlos tanto os exames quanto o acompanhamento de sua saúde sexual. Em relação às perguntas que lhe são feitas durante as consultas, ele considera que se tornou mais desenvolvido ao longo do tempo.

Eles registram na hora ali. São eles que preenchem direto no sistema, não é em papel. No final acho que eles imprimem, acho que eles imprimem e guardam, não lembro. Eles falam com todo um jeito, assim, sabe, acho que pras pessoas que são mais reservadas não fiquem constrangidas e tal. No começo eu notava que eles eram bem assim... E até hoje ainda eles são assim, eu que sou mais brincalhão, que brinco, que falo e acabo conversando e batendo papo lá.

Apesar de não relatar dificuldades diante da rotina estabelecida pelo tratamento através do SUS, Carlos considerou o ensaio clínico sobre o novo medicamento utilizado na PrEP por meio das informações que ele obteve sobre esse outro tratamento e pelas facilidades de um medicamento que não requer uso diário. Ao passo que para Alberto o ensaio clínico é uma maneira de contornar a falta de vagas em um dos hospitais públicos do município e, para Bernardo, representa um atendimento mais atencioso em relação às suas experiências prévias, para Carlos, foi uma alternativa possível à rotina individual de uso diário dos medicamentos. Nesses casos houve interação prévia com o sistema público de saúde, algumas frustradas e outra em andamento. Diante de cada uma das limitações que eles identificaram, a inserção no ensaio clínico se mostrava como possibilidade.

### 3.2 O que se sabe o que se procura saber

Os vínculos relacionais dos sujeitos de pesquisa com quem conversei aparecem recorrentemente em seus relatos sobre como se inseriram no ensaio clínico. Seja na indicação feita por profissionais de saúde, no caso de Carlos e Alberto, seja através das interações pessoais

no caso deste e de Bernardo, o conhecimento sobre o tratamento com a PrEP circula através das relações estabelecidas por essas pessoas. Diego, que iniciava o tratamento, apesar de até então não conhecer outra pessoa que utilizasse a PrEP, diz que mantém proximidade com o assunto tanto por se identificar como alguém afetado pelo tema quanto por tratar dele com amigos próximos:

Desde que saiu as notícias a respeito da prevenção com PrEP, eu sempre procurei me informar bastante a respeito, até porque eu sou gay, então faço parte... Pode acontecer... Eu ia usar o termo grupo de risco, mas a gente não usa mais o termo grupo de risco, né, usa comportamento de risco. Mas a gente sabe que às vezes a gente tem alguns comportamentos de risco, né, acaba acontecendo. E eu acho que a PrEP seria uma aliada nesses momentos em que a gente tem esses deslizes, entre aspas. Porque a gente não tá imune, pode acontecer da gente, contrair HIV, não só HIV como outras IST. Então, é uma forma da gente ficar, entre aspas, blindado. Na internet a gente vai lendo as notícias, eu leio bastante, então fui lendo e, entra num link aqui, entra num link ali... Claro a gente vai se aprofundando mais. E daí depois amigos meus também, a gente conversou sobre isso. Eu tenho meus amigos e tal, tipo assim, a gente sempre conversa sobre essas coisas então eu sempre falo, sempre pergunto, “já fez seus testes e tudo mais?”. Sempre assim cuidando dos amigos. Então, mas eu tenho um grupo fechado de amigos que a gente tá sempre junto, então a gente conversa sobre vários assuntos e a gente conversou várias vezes sobre isso. É a primeira vez que eu busco a PrEP, no caso, porque até então eu ia nos CTA e nos postos de saúde, pra fazer os testes rápidos, mas era só pra fazer o teste mesmo, né. Ia lá, dava negativo, ok. Não tenho nada, continuo usando camisinha.

Como se indicam em suas falas, a sobreposição entre busca e troca de informação aparece nas narrativas de Bernardo e de Diego, que identificam a internet como fonte para esclarecer suas dúvidas. Carlos também destaca um interesse de sua parte em saber sobre as possibilidades da PrEP: “Eu sempre acompanhei desde o início lá do Truvada, enfim, reportagens, sempre tive pesquisando. E, na minha opinião, pelo o que vi lá no começo das primeiras reportagens eu achava que era mais promissor, mais tangível”. A interação entre aquilo que se busca saber individualmente com aquilo que se procura descobrir através de pessoas que já tem algum conhecimento prévio aparece de diferentes maneiras nas narrativas

dos homens que passavam pelo processo de inclusão na pesquisa sobre o medicamento utilizado na PrEP.

A troca de conhecimento é aquilo a que Elias atribui seu interesse pela PrEP e pelo ensaio clínico. Segundo explica, o estudo sobre a PrEP e a informação sobre onde encontrá-lo foram propiciados pela aproximação que teve com o assunto em uma plataforma virtual de relacionamento e pelas explicações fornecidas por um amigo. No caso da interação mediada pela plataforma, utilizada em telefones móveis, a disponibilidade de categorias sorológicas como forma de descrição de si torna a PrEP um elemento em torno do qual se pode estabelecer uma interação.

A princípio eu vi que um amigo meu tava utilizando... Eu só olhei, tipo em aplicativo, no Grindr, que agora aparece a situação ali... Daí eu comentei com ele, daí ele falou "Ah, é com hospital e tal", daí eu pesquisei. É amigo de bairro, a gente morava no mesmo bairro. Eu sou de Viamão, daí tô morando em Porto Alegre agora sozinho, daí a gente continua amigo e tal, conversando. Daí ele falou que tava usando, porque ele teve contato com uma pessoa que era soropositiva e ele disse que entrou com o tratamento, daí eu me interessei. A princípio, tive um certo receio porque eu não sabia o que que era, daí eu pesquisei na internet, vi que mais ou menos explicava certinho o processo, achei no Google pesquisando PrEP. Daí tinha um formulário lá, que preenchia que entrava em contato pra fazer o agendamento e daí a princípio tô aí...

Na medida em que a PrEP é algo inicialmente desconhecido, a troca interpessoal de informações exerce um papel elucidativo junto à busca individual por entendimento a respeito das possibilidades de tratamento. Como se pode depreender do relato de Elias, a proximidade com alguém que já iniciou o uso da medicação contribui ainda para apaziguar as incertezas sobre como ela atua. Para Fábio, o que significa PrEP também ficou esclarecido a partir da explicação de seu parceiro:

E eu tenho um companheiro que eu me relaciono há alguns meses e ele já tá fazendo o tratamento e acabou me indicando, foi através dele que eu fiquei sabendo. Ele faz aqui eu acho que há uns dois meses, mais ou menos, um pouco mais de dois meses. Na verdade, eu tinha visto num site de relacionamento "PrEP", pesquisei sobre pra ver o que que era, mas acabei sem entender nada e a partir dele que ele acabou me explicando o que de fato era

e através do site [do estudo] eu fiquei mais por dentro do assunto. Fora essas duas ocasiões eu não sabia nem o que que era nem tinha ouvido falar.

Assim como aconteceu com Fábio, a menção feita por alguém próximo que já utilizava a PrEP através do ensaio clínico surge na fala de Gerson, o único homem negro com o qual tive contato ao longo de minhas observações do processo de inclusão de novos participantes do ensaio clínico. Mais do que indicado, o ensaio clínico surge em seu relato como uma recomendação em comparação com a unidade de saúde do município, em razão das diferenças de acompanhamento.

Eu não conhecia ainda a PrEP, fiquei conhecendo através de um amigo que falou. E aí eu fui buscar pra saber como era. Aí passou um ano, dois, um tempo assim. Aí, mês passado eu comecei a conversar com outro colega e falou "Ah, tô fazendo". Mas eu "Onde é que tu faz?", ele me falou que era aqui e aí ele ficou de mandar o endereço e não mandou e eu entrei na internet lá e consegui o endereço. Liguei pra cá, mandei uma mensagem por e-mail acho que foi. Me responderam marcando, e assim eu vim saber como é que funciona. É mais aquela ação de se proteger e coisa e tal, né. E daí eu não sabia onde e aí mas algumas pessoas disseram, "Ah, vai lá no hospital Santa Marta", daí eu conversei isso falando com o meu colega e ele disse "Não, não vai lá, vou te dar o endereço" - que era aqui - "que lá é um trabalho que eles fazem, um trabalho que é mais acompanhado e aí tu vai entrar"... E eu disse então me dá o endereço, aí ele acabou não me dando e eu vi na internet e mandei um e-mail e retornaram marcando uma consulta.

Nesses relatos que ilustram diferentes trajetórias de início de tratamento com PrEP, a busca por informação e o contato com pessoas próximas aparecem de maneira recorrente. Aquilo que é acessado através de meios de comunicação e aquilo que se sabe por meio de amigos ou companheiros que “comentam”, “informam”, “cuidam”, “se relacionam”, “recomendam” conformam o campo de referências sobre a PrEP. Ou seja, as necessidades individuais que levam à procura do tratamento e a experiência com o sistema de saúde e com pessoas que fazem parte dos círculos pessoais de relação informam o trânsito dos sujeitos até os locais de atendimento.

O interesse pela forma de prevenção viabilizada através da PrEP encontra um fio de transmissão nas interações que os sujeitos têm com as possibilidades existentes no campo da

saúde e dos medicamentos e com o conhecimento oriundo de suas interações. Juntamente a suas motivações pessoais as falas dos sujeitos indicam que a procura pela PrEP se dá também através de seus deslocamentos em um campo social, isto é, as pessoas se movimentam ao passo que percorrem seu campo de relações. Se, como propõe Hannerz (1997), o compartilhamento de significados culturais e o estabelecimento de relações têm diferenças de intensidade e existem em situações de assimetria, os fluxos sociais de troca se estabelecem na medida em que não se constituam descontinuidades. Como sugere o autor,

À medida que a cultura se move por entre correntes mais específicas, como o fluxo migratório, o fluxo de mercadorias e o fluxo da mídia, ou combinações entre estes, introduz toda uma gama de modalidades perceptivas e comunicativas que provavelmente diferem muito na maneira de fixar seus próprios limites; ou seja, em suas distribuições descontínuas entre pessoas e pelas relações (HANNERZ, 1997, p. 18).

Com isso, se as interações se fazem presentes no trânsito através do qual as pessoas acessam a PrEP e, nesse contexto particular, buscam o tratamento através de um ensaio clínico, essas relações estão organizadas no espaço social. Ao se admitir que, como diz Hannerz (1997), existem diferenças entre “modalidades perceptivas e comunicativas”, no que diz respeito à PrEP, elas podem se refletir também na extensão das relações estabelecidas entre as pessoas que acessam o tratamento.

Pode-se argumentar que, se o fluxo cultural estacionou de algum modo em algum lugar, onde existe uma descontinuidade na distribuição de significados e/ou formas significativas entre indivíduos e relações sociais, então identificamos um limite cultural (HANNERZ, 1997, p. 17).

Na medida em que as colocações feitas pelo conselho comunitário a respeito da composição do grupo de sujeitos incluídos no ensaio clínico refletem as diferenças existentes no acesso à PrEP, é para essas descontinuidades que elas apontam, isto é, para as diferenças existentes nos campos de relações. Como aponta Fraser (2009), se a standardização e a classificação presentes no desenvolvimento de medicamentos torna possível modos de mobilidade entre diferentes espaços, essa mobilidade não é sempre garantida. A intensidade dos deslocamentos das práticas standardizadas sofre alterações quando elas se deparam com práticas já existentes.

Ao contrário de considerar o espaço ocupado por grupos sociais como aquele identificado por características estáveis e que poderia ser comparado a outro através do que existe de igual e diferente entre eles, a autora compreende esse espaço como aquele que encerra processos de produção de diferença. Mais do que propriedades fixas, um espaço processualmente constituído abrange a constante reorganização de características sociais heterogêneas. Assim, segundo essa perspectiva, as práticas de standardização se deparam não só com características sociais marcadas, mas também com aquelas não marcadas que emergem em um espaço de produção da diferença. Diante, então, das diferenças presentes, onde deveria haver mobilidade pode haver descontinuidades.

Ao falarem “da necessidade de entrada em diferentes campos” nos quais estariam “pessoas que igualmente necessitem de estratégias de prevenção” o que os membros do conselho identificam é a existência de espaços sociais nos quais estão situadas as relações estabelecidas entre os usuários do medicamento. Ao destacarem as dificuldades que as formas de prevenção encontram para adentrar esses campos, eles enfatizam, por um lado, as diferenças presentes entre os espaços sociais. Por outro lado, ao destacarem alguns marcadores em relação a outros, como raça e classe, eles apontam para as dinâmicas existentes entre características marcadas e não marcadas na identificação das diferenças.

### 3.3 Relações e Aferições

Para além das atividades de divulgação do estudo ou a identificação com estados de saúde ou doença, a procura por tratamento era mediada pelas questões individuais que os sujeitos traziam consigo e pelas trocas de informação estabelecidas entre eles. Em meio aos estímulos surgidos a partir dos vínculos pessoais, a capacidade de obter e decodificar informações sobre os atendimentos disponíveis e o funcionamento do sistema de saúde e dos medicamentos serviram de base para a inserção nas rotinas do ensaio clínico. Na medida em que a sociabilidade estabelecida entre as pessoas possibilita de alguma maneira a intervenção no corpo biológico, isto é, se o domínio daquilo que é considerado natural pode ser de alguma forma modelado pelas práticas sociais, como sugere Rabinow (1999), é possível considerar que as relações estabelecidas entre os sujeitos de pesquisa viabiliza os efeitos coextensivos da relação entre antirretroviral e corpo.

Na esteira das colocações de Rosengarten (2009) a respeito das interações entre corpo e medicamentos, a circulação de conhecimento que torna possível a manutenção de uma realidade sorológica não é distinta de um estado de corpo. Ela, nos termos da autora, “é o efeito de um engajamento corporificado com tecnologias biomédicas” (ROSENGARTEN, 2009, p. 74, tradução nossa). A atuação de um antirretroviral expressa, portanto, os contextos e as condições de apropriação que os sujeitos estabelecem com esse medicamento. As trajetórias através das quais os sujeitos participam das práticas que sustentam o tratamento são expressas de diferentes maneiras.

Como expressou Carlos, através do que soube por meio do médico que o atende e de uma amiga ele pôde travar conhecimento de que “não é um remédio diário”, isto é, pôde aprender sobre as diferenças entre o medicamento de uso diário e o medicamento de longa duração, e decidiu conhecer o que oferecia o ensaio clínico. Porque compõe “um grupo fechado de amigos” que “sempre conversa sobre essas coisas então eu sempre falo, sempre pergunto”, Diego mantém o interesse nos testes diagnósticos e nas formas de prevenção contra eventuais “deslizes”.

Com o auxílio de um companheiro “explicando o que de fato era” a PrEP, Fábio pôde compreender melhor o tratamento do qual ele terminara “sem entender nada” após um primeiro contato em um “site de relacionamento”. Assim como aconteceu com Alberto, que obteve a indicação de como evitar a fila de espera para atendimento no posto de saúde, Elias descobriu por meio de amigo de bairro que “é com hospital” que se obtém acesso à PrEP e, assim, ele soube do percurso a ser percorrido para chegar ao tratamento. De modo semelhante, a Gerson foi recomendado onde encontrar “um trabalho que é mais acompanhado” em face de sua intenção inicial de procurar atendimento através de uma unidade pública de saúde. De acordo com as narrativas apresentadas, para além do que os sujeitos desejavam conhecer, o que eles souberam por meio de seus vínculos contribuiu para a busca do ensaio clínico.

Para Hardon e Sanabria (HARDON; SANABRIA, 2017, p. 115, tradução nossa), “corpos não são um local passivo de ação farmacêutica” e, dessa forma, deve-se evitar a tendência de separar as práticas regulatórias e de evidenciação das práticas locais de uso dos medicamentos. Assim, as autoras veem relevância em “perguntar quais eficácias são habilitadas ou atualizadas a partir da miríade de iterações locais possíveis de ação farmacêutica” (HARDON; SANABRIA, 2017, p. 127, tradução nossa). Em vista disso, se as relações

estabelecidas em torno de demandas particulares contribuem para o engajamento nas práticas que envolvem a PrEP, elas informam também aquilo que se torna conhecido através do ensaio clínico, isto é, elas conformam a composição do conjunto de indivíduos sobre os quais são aferidas a eficácia dos medicamentos.

Tanto as contestações feitas pelo conselho comunitário quanto as expectativas que os sujeitos de pesquisa buscam ou têm a possibilidade de satisfazer fazem parte das configurações de um protocolo internacional de tratamento. Mais do que na aplicação de práticas de saúde que se movimentam em uma única direção, é nas interações desenvolvidas entre os sujeitos que o uso da PrEP toma lugar. As participações na operacionalização de um protocolo de pesquisa, e, conseqüentemente, na produção de evidências que servem de base para a adoção de inovações médicas, são parte do que se constitui como método de prevenção ao HIV. Além daqueles considerados mais expressamente como especialistas, estão incluídas nesse processo também os sujeitos cujo acompanhamento possibilita as práticas de standardização. Essa atuação se manifesta nas sociabilidades nas quais eles estão inseridos e na presença corporificada sobre a qual se desdobram as formas de mensuração.

As trajetórias que levam às atividades de inclusão no tratamento com PrEP a partir de um ensaio clínico ajudam a delinear como diretrizes de prevenção são efetuadas e se inserem em arranjos sociais existentes. À medida em que são a expressão de um contexto particular, essas práticas situadas servem de base para o campo de referências estabelecido em torno dos modos de prevenção da transmissão do vírus HIV. Assim como as orientações de como conceber e organizar os métodos preventivos nos âmbitos locais da epidemia de HIV/AIDS se apoiam no que é convencionado em outros espaços sociais, as dinâmicas locais informam, em sentido inverso, as evidências que circulam em escala transnacional. Por não serem um plano no qual agem os medicamentos, e sim um domínio no qual efeitos são produzidos, os corpos interferem no movimento entre lá e cá que caracteriza a realização das práticas conduzidas em torno do HIV.

Ao comentar como as relações estabelecidas entre os elementos presentes no mundo criam as “condições de possibilidade” de um fenômeno, Tim Ingold (2012) compreende que um acontecimento se produz não pelos pontos conectados, mas por aquilo que flui entre eles. Segundo entende, os elementos da realidade não interagem em função de algum atributo dado, pois isso implicaria em atribuir a eles uma natureza estática. Em razão da capacidade que eles

têm de se alterar a partir do contato, esses elementos se inserem em processos constantes de transformação. Linhas de contato estabelecem condições de possibilidade, e, como afirma o autor, “se essas linhas são relações, então elas são relações não *entre*, mas *ao longo de*” (INGOLD, 2012, p. 41, ênfases do autor). Com isso, Ingold (2012) evita conceber um mundo material estabilizado sobre o qual se depositaria a ação humana e propõe que o itinerário das relações implica em um ambiente de “matérias em fluxo”.

Nessa perspectiva, o movimento que liga o âmbito de formulação de diretrizes terapêuticas em HIV/AIDS a seus locais de aplicação relaciona ao mesmo tempo as condições de corporificação aos medicamentos. Assim, nos espaços sociais em que os sujeitos se apropriam dos antirretrovirais é aferida a eficácia que servirá de base para as recomendações generalizadas de tratamento. Se as linhas de contato entre esses contextos estabelecem condições de possibilidade para a PrEP, as alterações estão presentes também nas atividades de operacionalização do ensaio clínico.

As mediações feitas entre a comunidade de pesquisa e a comunidade de pesquisados leva o representante do conselho consultivo a negociar sua identidade a partir dos pertencimentos que ele precisa articular. O trânsito entre os espaços de representação o leva a um processo de ajustamento em decorrência das necessidades da pesquisa e das demandas de ordem política. De maneira semelhante, as exigências envolvidas na condução de um ensaio clínico colocaram a equipe de profissionais de saúde diante da necessidade equacionar os procedimentos de uma pesquisa médica e o atendimento das questões que emergiam da interação com as pessoas em tratamento.

Os atravessamentos por que passa uma política de prevenção, seja das práticas de evidenciação até os contextos de formulação de diretrizes terapêuticas, seja destes até os contextos locais em que são feitos os usos dos recursos biomédicos, dificultam a circunscrição das questões suscitadas pelo HIV/AIDS a um único domínio de atuação. Um tratamento por meio do uso de antirretrovirais, como é o caso da PrEP, cujo desenvolvimento se desdobra através diferentes campos de atuação aciona sujeitos que se relacionam de maneiras complexas. Tal qual a as formas de se conceber o HIV/AIDS emergem em um contexto de mobilidade entre práticas de produção de conhecimento, os sujeitos que se apropriam dos recursos preventivos também se deslocam em um espaço social. Vislumbrar como são feitos esses atravessamentos

significa de ter em vista ao mesmo tempo como se manifestam os efeitos que os sujeitos, a partir de suas relações, provocam sobre as práticas de prevenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disseminação das inovações no campo do tratamento e da prevenção ao HIV/AIDS dependem das formas de produção de evidências que informam tanto as diretrizes globais em saúde quanto as práticas locais de agenciamento de conhecimentos. Nessa dinâmica, a caracterização da epidemia oscila entre aquilo que deve ser aferido no âmbito do indivíduo e aquilo que está situado no contexto social. As disputas a respeito da proeminência que deve adquirir cada uma dessas dimensões trazem consigo, por um lado, o dualismo entre natureza e cultura e, por outro, o dualismo entre objetividade e parcialidade.

De maneira a ampliar o que conta como evidência torna-se relevante, portanto, evidenciar as mediações existentes, por um lado, entre as diretrizes de prevenção e sua operacionalização. Por outro, outros modos de evidenciações podem ser explorados também na participação dos ensaios clínicos randomizados. Conhecer o espaço de interação, isto é, as relações que se estabelecem entre pontos de contato é uma forma de conhecer ainda como as diferenças são formuladas em um contexto de produção de generalizações sobre o corpo.

Tratar dessas questões através da discussão de um ensaio clínico randomizado sobre a Profilaxia Pré-Exposição significa, portanto, conceber as formas de apropriação daquilo que oferece a biomedicina não como algo dado, mas como uma via de acesso para os conhecimentos sociais corporificados que circulam entre o global e o local. Identificar como as conexões entre os sujeitos articulam relações de diferentes escalas foi a proposta das discussões desenvolvidas neste trabalho.

No âmbito da saúde pública global são estabelecidas diretrizes que têm o objetivo de servir de base para os formuladores locais de políticas de saúde. Através dos expedientes da medicina baseada em evidência, como o ensaio clínico randomizado – considerado padrão ouro de produção de evidências –, intervenções são concebidas a partir da descontextualização de realidades situadas. Estas intervenções, por sua vez, são generalizadas para contextos além daqueles onde as evidências foram produzidas. Através do que é aferido por meio de ensaios clínicos, intervenções como a PrEP possibilitam a elaboração de metas transnacionais de combate ao HIV/AIDS. Por meio dos instrumentos medicina baseada em evidências, é formulado também o campo de referências a partir do qual políticas locais de prevenção são desenvolvidas.

Percorrer o sentido contrário das diretrizes de saúde global e utilizá-las para olhar não só para o local de aplicação das intervenções, mas também para seus espaços de normatização permite traçar algumas das lógicas segundo as quais noções de saúde são atualizadas em consequência da associação entre prevenção e tratamento. Ao propor a indistinção entre esses momentos de atuação sobre o corpo, a proposta de Prevenção Combinada tensiona a definição de saúde em oposição a um estado de doença. Ainda nesse movimento, a distinção feita entre dimensões sociais e biomédicas apartam os recursos biomédicos e seus contextos de produção e uso.

As diretrizes transnacionais de saúde estimulam a cooperação através do desenvolvimento de tecnologias de saúde, como os medicamentos antirretrovirais. As investigações globais em saúde e a intervenção junto aos grupos populacionais a que elas se destinam contam com mediações a partir das quais normas de evidenciação são apropriadas. Esses pontos intermediários, mostram que, mais do que padronizações, eles fazem emergir também formas de produção de diferença.

Tal qual se pode depreender da atuação das equipes de pesquisa e dos conselhos comunitários, a mediação feita entre as normas de um protocolo clínico e sua execução se dá em meio a apropriações em que os modos de pertencimento são constantemente negociados. Nesse espaço de mediações, a equipe de pesquisadores equaciona as ambiguidades presentes nas tentativas de separar técnica e política.

A inclusão de sujeitos de pesquisa em um tratamento experimental como o da PrEP injetável exemplifica, por sua vez, como a presença corporificada dos sujeitos tensiona separações estritas entre social e biológico. A partir da relação coextensiva entre corpo e conhecimento, inclusive quando materializado nas tecnologias biomédicas, procurei discutir o poder os efeitos da corporificação das intervenções médicas e, por conseguinte, quais podem ser as implicações das presenças e ausências no que se afere em um ensaio clínico. As interações entre medicamentos e o corpo socialmente situado apontam igualmente para como os efeitos dos antirretrovirais podem estar em relação com as condições de corporificação dos sujeitos e, consequentemente, com o espaço social em que eles se inserem.

A partir das relações que estabelecem, os sujeitos de pesquisa travam conhecimento não só sobre a PrEP, mas também dos percursos através dos quais se pode acessá-la. O deslocamento por esse espaço relacional possibilita a participação no ensaio clínico e, assim,

no que se mede a partir dele. Investigar esses fluxos teve o objetivo de considerar como as relações entre diretrizes de tratamento e sua execução e entre os medicamentos e seus usos fazem parte das condições de possibilidade de realização da PrEP.

Identificar fluxos de relações a partir de um ensaio clínico sobre a PrEP é uma maneira, portanto, de considerar as dinâmicas entre plano de frente e plano de fundo discutidas por Strathern (2011), ou seja, as maneiras como os elementos relacionados em um quadro social amplo se tornam visíveis a através do ajuste de perspectiva. Para a autora, na medida em que as redes de relações podem assumir diferentes escalas,

a escala pode dar um ímpeto particular à decisão do que deve se tornar figura e do que deve se tornar fundo. O fundo adquire o valor de uma categoria não-marcada. Assim, quando o valor mais importante (não-marcado) pode ser expresso em termos de uma adequação de quantidade – nem demais nem muito pouco – então, é isto o que situa a entidade em questão como o fundo (STRATHERN, 2011, p. 244).

Os elementos que adquirem um aspecto de categorias não-marcadas são aqueles cuja presença não é vista como interferindo em um acontecimento. Em compensação, aquilo que é mais imediatamente reconhecido como algo a ser visto é tido como definidor das representações contidas em um quadro. O plano de frente, contudo, só existe diante da presença do plano de fundo e identificar essas relações, segundo a autora, só se torna possível quando se altera a perspectiva de forma a compreender a dimensão das relações presentes em um acontecimento.

Se as discussões sobre HIV/AIDS refletem as dinâmicas entre figura e plano de fundo, entre geral e particular ou entre social e individual, é pertinente considerar como diferenças de escala no contexto da epidemia levam à produção de categorias marcadas e não-marcadas que, em realidade, não existem uma sem a outra. Assim, no quadro do HIV/AIDS, mais do que dar proeminência ao individual ou ao social no qual estes se inserem, o que pode ser mais importante é considerar as relações através das quais eles se combinam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, Vincanne. Evidence-Based Global Public Health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (Ed.). **When People Come First: Critical Studies in Global Health**. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 54–90.
- AZIZE, Rogerio Lopes. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. 2002. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- AZIZE, Rogerio Lopes. Antropologia e medicamentos: uma aproximação necessária. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 134–139, 2012.
- BIEHL, João. **Will to Live: AIDS therapies and the politics of survival**. New Jersey: Princeton University Press, 2007.
- BIEHL, João. The judicialization of biopolitics: Claiming the right to pharmaceuticals in Brazilian courts. **American Ethnologist**, v. 40, n. 3, p. 419–436, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Tenofovir associado à entricitabina para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Brasília. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas-2017-encerradas>>. Acessado em: 10 fev.2018>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde**. Brasília. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoras-e-gestores>>. Acessado em: 23 out. 2017>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SICLOM Operacional PrEP**. Brasília. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/index.php>>. Acessado em 22 jun.2019>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SICLOM Dispensação**. Brasília. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/index.php>>. Acessado em 22 jun. 2019>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>. Acessado em: 23 out. 2017>.

- CASTRO, Rosana. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 134–139, 2012.
- CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209–232, 1992.
- DESCLAUX, Alice; LÉVY, Joseph Josy. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? **Anthropologie et Sociétés**, v. 27, n. 2, p. 2–21, 2003.
- DOZON, Jean-Pierre; FASSIN, Didier. Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique. **Sciences Sociales et Santé**, v. VII, n. 1, p. 21–36, 1989.
- EPSTEIN, Steven. **Inclusion: The politics of difference in medical research**. Chicago: The University of Chicago Press, 2007.
- FLEISCHER, Soraya. Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 410–423, 2012. Disponível em:
- FRASER, Mariam. Standards, Populations, and Difference. **Cultural Critique**, n. 71, p. 47–80, 2009.
- GALVÃO, Jane. de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 213–219, 2002.
- GEEST, Sjaak Van der. Anthropology and the Pharmaceutical Nexus. **Anthropological Quarterly**, v. 79, n. 2, p. 303–314, 2006.
- GEEST, Sjaak Van der; WHYTE, Susan Reynolds; HARDON, Anita. THE ANTHROPOLOGY OF PHARMACEUTICALS: A Biographical Approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, n. 1, p. 153–178, 1996. D
- GRANT, R. M. et Al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. **the New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, 2010.
- HANC. **Recomendações para a participação da comunidade em pesquisas de HIV/AIDS**, 2014.
- HANNERZ, Ulf. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. **Mana**, v. 3, n. 1, p. 7–39, 1997.
- HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals. **Annual Review of Anthropology**, v. 46, n. 1, p. 117–132, 2017.
- HERZFELD, MICHAEL. Political Optics and the Occlusion of Intimate Knowledge.

**American Anthropologist**, v. 107, n. 3, p. 369–376, 2005.

HOLT, Martin. Configuring the users of new HIV-prevention technologies: the case of HIV pre-exposure prophylaxis. **Culture, Health and Sexuality**, v. 17, n. 4, p. 428–439, 2015.

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horizontes Antropológicos**, v. 18, n. 37, p. 25–44, 2012.

KIPPAX, Susan. Effective HIV prevention: The indispensable role of social science. **Journal of the International AIDS Society**, v. 15, n. 2, p. 5–10, 2012.

KNAUTH, Daniela Riva. **Da camisinha à circuncisão: reflexões sobre as estratégias de prevenção ao HIV /Aids**. Porto Seguro: Reunião Brasileira de Antropologia. Anais, 2008.

Disponível em:

[http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_Virtual\\_26\\_RBA/mesas\\_redondas/trabalhos/MR\\_14/daniela\\_riva\\_knauth.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/mesas_redondas/trabalhos/MR_14/daniela_riva_knauth.pdf)>.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Letícia. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 11, n. 2, p. 76–112, 2014.

MARRAS, Stelio. Os medicamentos e seus ambientes: O local como condição para o universal. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 235–246, 2012.

MICHAEL, Mike; ROSENGARTEN, Marsha. **Innovation and Biomedicine. Ethics, Evidence and Expectation in HIV**. New York: Palgrave Macmillan, 2013.

MONTEIRO, Simone Souza et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: Uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Cien. Saude Colet.**, n. Set., 2017.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170–176, 2012.

MOYER, Eileen. The Anthropology of Life after Aids: Epistemological Continuities in the Age of Antiretroviral Treatment. **Annual Review of Anthropology**, v. 44, n. August, p. 259–275, 2015.

NGUYEN, Vinh K. et al. Remedicalizing an epidemic: From HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. **Aids**, v. 24, n. 3, p. 291–293, 2011.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Consolidated guidelines on HIV prevention**,

**diagnosis, treatment and care for key populations**, 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>. Acessado em: 11 ago. 2017>

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Global Health Sector Strategy on HIV, 2016–2021**, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/> Acessado em: 22 out. 2017>

OUDSHOORN, Nelly; PINCH, Trevor. **How users matter: the co-construction of users and technologies**. Cambridge: The MIT Press, 2003.

PARKER, Richard. AIDS in Brazil. In: DANIEL, Herbert; PARKER, Richard (Eds.). **Sexuality, Politics and AIDS in Brazil**. Londres; Bristol: Taylor e Francis, 1993. p. 7–32.

PARKER, Richard. Teorias de intervenção e prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; TERTO, Veriano (Eds.). **Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 101–109.

PARKER, Richard. HIV- and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. In: PARKER, Richard; AGGLETON, Peter (Eds.). **Culture, Society and Sexuality**. 2. ed. New Jersey: Routledge, 2007.

PARKER, Richard G. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 85–98, 1995.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e Desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: AnnaBlume, 2009.

PETRYNA, Adriana. **When Experiments Travel**. Princeton: Princeton University Press, 2009.

POLLAK, Michael. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

RABINOW, Paul. Artificialidade e Iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: BIEHL, João (Ed.). **Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 135–157.

RILES, Annelise. Introduction: in response. In: RILES, Annelise (Ed.). **Documents: Artifacts of modern knowledge**. Michigan: The University of Michigan Press, 2006. p. 1–40.

ROSE, Nikolas. Beyond medicalisation. **Lancet**, v. 369, n. 9562, p. 700–702, 2007.

ROSENGARTEN, Marsha. **HIV interventions: biomedicine and the traffic between information and flesh**. Seattle: University of Washington Press, 2009.

STRATHERN, Marilyn. Sobre o espaço e a profundidade. **Cadernos de Campo**, v. 20, n. 20, 2011.

STRATHERN, Marilyn. **O Efeito Etnográfico**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

TIMMERMANS, Stefan; BERG, Marc. **The gold standard : the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care**. Philadelphia: Temple University Press, 2003.

TRACHMAN, Mathieu; GIRARD, Gabriel. Le ciblage des hommes faillibles. Stratégies de communication et enjeux moraux dans un essai de prophylaxie préexposition. In: OLLIVIER-YANIV, C.; COUDERC, M. (Eds.). **Recrutement - engagement dans des essais cliniques en prévention. Contextes, logiques sociales et médiations**. Paris: ANRS - Collection Sciences sociales et sida, 2018. p. 21–36.

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections 2010**. Disponível em:

<[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006\\_JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper). Acessado em: 10 fev. 2019>.

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic** United Nations. Disponível em:

<<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acessado em: 11 ago. 2017>.

# ANEXOS

## Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

<b>1 - Nome Social do usuário</b>		<b>2 - Categoria do Usuário</b>	
Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+	
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias		4 - CPF	
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada		6 - Nº do Prontuário	7 - Manter esquema ARV anterior: ( ) Sim ( ) Não
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:			
9 - Contraindicação de dose fixa combinada "2 em 1" e "3 em 1" por necessidade de ajuste de dose do <b>TDF</b> devido à alteração na função renal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Contraindicação ao <b>Atazanavir (ATV)</b> ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa <input type="checkbox"/> Toxicidade			
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		11 - Paciente Coinfectado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	
12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro - especificar: _____ <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV _____ <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <i>sigla(s) do(s) ARV</i> _____ <input type="checkbox"/> Gestação		13 - ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	14 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo: _____
15 - Medicamentos ARV ( <i>Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente</i> )			
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)		<input type="checkbox"/> Tenofovir <sup>300mg</sup> (TDF) / Lamivudina <sup>300mg</sup> (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir <sup>50mg</sup> (DTG)	
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>			
<b>DFC "3 em 1"</b>	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos - Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)	Tenofovir + Lamivudina comp. de 300mg + 300mg/dia		
	Zidovudina + Lamivudina comp. de 300mg + 150mg/dia		
	Abacavir - ABC comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 20mg/mL/dia
	Didanosina - ddI		mL de pó p/ sol. oral 4g/dia
	Estavudina - d4T		mL de pó p/ sol. oral 1mg/mL/dia
	Lamivudina - 3TC comp. de 150mg/dia		mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF comp. de 300mg/dia		
ITRNN	Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia		solução injetável 10 mg/mL/dia mL de Xarope 10mg/mL /dia
	Efavirenz - EFZ comp. de 600mg/dia		caps. de 200mg /dia mL de sol. oral 30mg/mL /dia
Inibidores de Protease (IP)	Nevirapina - NVP comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia
	Atazanavir - ATV caps. de 300mg/dia		caps. de 200mg /dia
	Darunavir - DRV comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg /dia comp. de 75mg /dia
	Fosamprenavir - FPV		mL de susp. oral 50mg/mL/dia
Inibidores de Integrase	Lopinavir + ritonavir - LPV/r comp. de 200mg + 50mg/dia		comp. de 100mg + 25mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL/dia
	Ritonavir - RTV comp. de 100mg/dia		mL de sol. oral 80mg/mL/dia
	Dolutegravir - DTG comp. de 50mg/dia		
Medicamentos de Uso Restrito	Raltegravir - RAL comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia
	Darunavir - DRV comp. de 600mg/dia		comp. de 150mg /dia comp. de 75mg /dia
	Dolutegravir - DTG comp. de 50mg/dia		
	Enfuvirtida - T-20 Frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
	Etravirina - ETR comp. de 100mg/dia		comp. de 200mg/dia
	Maraviroque - MVQ comp. de 150mg/dia		
Raltegravir - RAL comp. de 400mg/dia		comp. de 100mg/dia	
Tipranavir - TPV caps. de 250mg/dia		mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
16 - Médico			
Data: ___/___/___ CRM: _____ <span style="font-size: small; text-align: center;">(Carimbo e assinatura)</span>			
17 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)			
1ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>		4ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	
2ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>		5ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	
3ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>		6ª dispensação Data ___/___/___ Dispensação para ___ dias <span style="font-size: x-small; text-align: right;">(Assinatura do usuário)</span>	

ORIENTAÇÕES GERAIS	
<p>1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra legível, dentro do espaço das lacunas.</p> <p>2. <b>ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento/UDM que for mais conveniente. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NO BLOQUEIO DA DISPENSAÇÃO".</b></p>	
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO	
<p><b>01 - Nome do usuário:</b> Nome social ou civil completo do usuário SUS, <b>sem qualquer abreviação.</b></p> <p><b>02 - Categoria de Usuário:</b> HIV/AIDS ADULTO (<math>\geq 13</math> ANOS), CRIANÇA (<math>&lt; 13</math> ANOS) E GESTANTE HIV+ (MULHERES GRÁVIDAS NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO).</p> <p><b>03 - Este formulário tem validade de:</b> Validade do formulário para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias com retirada de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque da UDM. O médico definirá por quantos dias o formulário terá validade e a UDM avaliará a possibilidade para dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.</p> <p><b>04 - CPF:</b> Informar CPF do usuário SUS (somente números).</p> <p><b>05 - Último exame de carga viral:</b> Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada. Este campo é de preenchimento obrigatório para a dispensação de ARV desde novembro de 2015.</p> <p><b>06 - Número de Prontuário:</b> Número do Prontuário do Usuário SUS.</p> <p><b>07 - Manter esquema ARV anterior:</b> Caso seja marcada a opção <b>sim</b>, os campos de 8 ao 14 <b>não</b> precisarão ser preenchidos.</p> <p><b>08 - Contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa:</b> Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:</p>	
Preferencial - Adultos	
TDF / 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
TDF / 3TC / EFZ	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV <b>sem</b> critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo) - Gestantes
TDF / 3TC + RAL	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV <b>com</b> um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CD4 <math>&lt; 100</math> céls/mm<sup>3</sup></li> <li>• Presença de outra infecção oportunista</li> <li>• Necessidade de internação hospitalar/Doença grave</li> <li>• TB disseminada</li> </ul>
Alternativo - Adultos	
TDF / 3TC / EFZ	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contra-indicação ao DTG
TDF / 3TC + RAL	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>
ABC + 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contra-indicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701).
<b>Observações:</b> O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.	
Preferencial - Crianças	
Esquema Preferencial de 1ª linha ( $< 35$ Kg)	<b>AZT + 3TC + ITRNN</b> <b>NVP: crianças <math>&lt; 3</math> anos</b> <b>EFZ: crianças <math>\geq 3</math> anos</b>
<p><b>09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) "TDF + 3TC" ou "TDF +3TC +EFZ" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? Contraindicação ao ATV</b> por Nefropatia, por interação medicamentosa ou toxicidade.</p> <p><b>10 - Início de tratamento?</b> Corresponde ao Usuário Adulto com HIV/Aids, criança com HIV/Aids e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfectado em tratamento de tuberculose.</p> <p><b>11 - Paciente Coinfectado:</b> Se o paciente é coinfectado TB, Hepatite B ou Hepatite C.</p> <p><b>12 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:</b> Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).</p> <p><b>13 - ARV de Uso Restrito:</b> Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).</p> <p><b>14 - Situação Especial:</b> Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.</p> <p><b>15 - Medicamentos ARV:</b> Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS. O médico deverá assinalar um "x" caso no esquema preferencial, em caso de início de tratamento. Para os demais ARVs, informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo 6.</p> <p><b>16 - Médico:</b> Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.</p> <p><b>17 - Recibo:</b> Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de dias da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.</p>	

Figura 2. Formulário de Dispensa de Antirretrovirais, frente e verso. Fonte: <http://azt.aids.gov.br/index.php>.

#### 04 - Ficha de Acompanhamento Clínico em PrEP

1. N° do Prontuário:	2. N° do Cartão SUS	3. Data: ___/___/___
4. Nome Social (se aplicável):	5. Data de Nascimento:	
6. Nome Civil:	7. CPF:	
8. Esta é uma visita de intercorrência (anterior ao prazo estabelecido para retorno)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (responder 8a)		
8a. Qual o motivo da visita de intercorrência? <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Suspeita de Infecção Viral Aguda <input type="checkbox"/> Confirmação de Soroconversão <input type="checkbox"/> Substituição de frasco da medicação <input type="checkbox"/> IST		
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO ASSOCIADO À INFECÇÃO PELO HIV</b>		
9. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e pesquisa adicional de infecção viral aguda). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
10. Nos últimos 3 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorreia/Clamídia Retal		
11. Nos últimos 3 meses com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade, inclusive se for 0) ( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Mulheres Transexuais ( ) Travestis/Mulheres travestis ( ) Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 3 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc). <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
15. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Pode marcar mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias		
16. Você fez uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PrEP</b>		
17. Desde a última visita sentiu algum mal estar ou desconforto relacionado ao uso da PrEP? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, diarreia <input type="checkbox"/> Sim, flatulência <input type="checkbox"/> Sim, náuseas <input type="checkbox"/> Sim, vômitos <input type="checkbox"/> Sim, dor abdominal <input type="checkbox"/> Sim, outro		
17a. Se sim, esse(s) sinal(is) ou sintoma(s) persistem nesta visita? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
<b>AUTO RELATO SOBRE ADESÃO</b>		
18. Nos últimos 30 dias, aproximadamente quantos comprimidos de PrEP você deixou de tomar? ( ) no. comprimidos		
19. Nas vezes em que você deixou de tomar os comprimidos de PrEP, qual foi o principal motivo? <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Viagem/Fora de casa <input type="checkbox"/> Acabou o medicamento <input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Não deixou de tomar <input type="checkbox"/> Outro.		
<b>Exames de Seguimento</b>	<b>Data da Coleta</b>	<b>Resultados dos Exames trimestrais</b>
20a. Teste Treponêmico para Sífilis (Ex: TR, ELISA)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
20b. Teste Não Treponêmico para Sífilis (Ex: VDRL, RPR)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível 1/□ (Titulação)
21. Confirmado diagnóstico de Sífilis Ativa		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
22. Identificação de Clamídia		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
23. Identificação de Gonococo		<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível
24. Teste para Hepatite B (HBsAg)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
25. Sorologia Anti-HBs quantitativa		<input type="radio"/> Igual ou acima de 10 UI/mL <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> Não detectável ou abaixo de 10 UI/mL
26. Teste para Hepatite C (Anti-HCV)		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não realizado
27. Avaliação de Proteinúria		<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Presença <input type="radio"/> Não realizado
28. Enzimas Hepáticas (AST/ALT)		<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado <input type="radio"/> Não realizado
<b>Exames de Segurança</b>		<b>Resultado do Exame</b>
29. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
30.1. Creatinina Sérica		
30.2. *Idade (em anos completos)		_____anos
30.3. Peso (Kg)		_____Kg
30.4. Resultado		
30. *Cálculo do Clearance de Creatinina estimado:		<input type="radio"/> < 60 ml/min <input type="radio"/> ≥ 60 ml/min
*Sugestão para cálculo de ClCr = (((140 - Idade) x Peso(kg)) / (Creatinina Sérica x 72)). Se mulher, multiplicar por 0.85. Se menor que 60ml/min, inelegível p PrEP		
31. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> 1ª dose <input type="radio"/> 2ª dose <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Não realizado/Indisponível		

CONDUTA FINAL	
32. O(A) usuário(a) continuará utilizando PrEP?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não, devido a teste HIV reagente <input type="radio"/> Não, devido à alteração em outros exames <input type="radio"/> Não, por baixa adesão ao medicamento <input type="radio"/> Não, devido a eventos adversos <input type="radio"/> Não, por decisão do usuário <input type="radio"/> Não, por suspeita de infecção viral aguda	
33. Prescrição para PrEP: TDF/FTC apto para <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias	
34. Médico:	
Data da Prescrição: ____/____/____ CRM: _____ (Carimbo e assinatura)	
35. Usuário(a):	
Data ____/____/____	Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)
Data ____/____/____	Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)
Data ____/____/____	Dispensado para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)

Setembro/2018

DETALHAMENTO DOS CAMPOS
<p>As alternativas com ícone "O" indicam que uma única resposta é possível e com "□" que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)</p> <p>1- Número do Prontuário: Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde</p> <p>2 - Número do Cartão SUS: Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.</p> <p>3 - Data: Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>4 - Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transsexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuem nome social que divirja do nome de registro.</p> <p>5 - Data de nascimento: Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>6 - Nome civil: Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>7 - CPF: Inserir o CPF do usuário <b>(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)</b></p> <p>8 - Visita de Intercorrência: Assinalar "sim" se for uma visita realizada antes da data prevista de retorno trimestral. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>8a - Motivo da Visita de Intercorrência: Se a visita for considerada de intercorrência, assinalar o motivo. <b>(Preenchimento obrigatório, se for visita de intercorrência)</b></p> <p>9 - Sintomas de infecção viral aguda: Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>10 - Sintomas ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST): Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>11 - Número de parcerias sexuais: Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>12 - Uso de Preservativos: Inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>13 - Tipo de relações sexuais SEM preservativo: Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>14 - Uso de álcool: Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).</p> <p>15 - Uso de drogas: Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.</p> <p>16 - Uso de drogas injetáveis: Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Se houve, informar se foi ou não durante os últimos 3 meses.</p> <p>17 - Evento adverso relacionado à PrEP: Assinalar o campo pertinente e, em caso afirmativo, preencher de acordo com a resposta espontânea do usuário. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>17a - Persistência de eventos adversos: Em caso de relato de evento adverso, assinalar se o mesmo continua persistente ou não.</p> <p>18 - Adesão à PrEP: Indicar o número de comprimidos não ingeridos nos últimos 30 dias, relatado pelo(a) usuário(a). Caso não tenha deixado de tomar nenhum comprimido, inserir "0" (zero). <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>19 - Motivos de não-adesão: Inserir o motivo mais frequente para a não tomada de todos os comprimidos. Caso tenha tomados todos, marcar "não deixei de tomar".</p> <p>20a - Teste Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste treponêmico de sífilis (TR ou ELISA). <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>20b - Teste Não Treponêmico para sífilis ativa: Inserir os resultados de teste não treponêmico (VDRL ou RPR) utilizando amostra de sangue. Se for VDRL ou RPR inserir a titulação. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>21 - Confirmado diagnóstico de Sífilis: Inserir se houve ou não diagnóstico confirmado de sífilis. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>22 - Identificação de Clamídia: Inserir o resultado do exame.</p> <p>23 - Identificação de Gonococo: Inserir o resultado do exame.</p> <p>24 - Teste para Hepatite B (HBsAg): Inserir resultado do teste.</p> <p>25 - Teste para Hepatite B (Anti-HBs): Inserir resultado do teste. Inserir resultado do teste. Se for confirmada a soroconversão (Anti-HBs), não há necessidade de repetir os exames para hepatite B.</p> <p>26 - Teste para Hepatite C (Anti-HCV): Inserir resultado do teste. Se positivo, encaminhar ou solicitar carga viral de HCV para confirmar diagnóstico. <b>(Preenchimento obrigatório)</b></p> <p>27 - Avaliação de Proteinúria: Avaliar a presença de proteinúria.</p> <p>28 - Enzimas Hepáticas (AST/ALT): Inserir resultado e se alterado, investigar clinicamente.</p> <p>29 - Teste Rápido de HIV (Retorno para dispensação): Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787">http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787</a>. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>30.1 - Creatinina Sérica: Inserir resultado da Creatinina Sérica. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>30.2 - Idade (em anos completos): Inserir idade em anos completos.</p> <p>30.3 - Peso (Kg): Inserir peso em Kg.</p> <p>30.4 - Resultado do Clearance de Creatinina: Checar se o valor permite a manutenção da profilaxia.</p> <p>30 - Clearance de Creatinina estimado: Inserir os dados dos itens 28.1 a 28.3 para cálculo do resultado do Clearance de Creatinina ou utilizar outro método de cálculo como MDRD. Se menor que 60ml/min, inelegível para uso da PrEP. <b>Preenchimento obrigatório.</b></p> <p>31 - Vacinação para Hepatite B: Informar se o usuário tem comprovação das respectivas doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente.</p> <p>32 - Conduta: Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>33 - Prescrição para PrEP: Assinalar a alternativa para quantos dias o(a) usuário(a) poderá receber o medicamento de PrEP. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>34 - Médico: Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. <b>(Preenchimento obrigatório).</b></p> <p>35 - Usuário(a): Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.</p>

Figura 3. Formulário de Dispensa de PrEP, frente e verso. Fonte: <http://azt.aids.gov.br/index.php>.