



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ROMULO DO NASCIMENTO ROCHA

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO COMBINADA DO
HIV/AIDS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

FORTALEZA

2024

ROMULO DO NASCIMENTO ROCHA

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV/AIDS
EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmem E. Leitão Araújo.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Lisandra Serra Damasceno.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R576i Rocha, Rômulo do Nascimento.
Implementação da estratégia de Prevenção Combinada do HIV/Aids em Serviços de Atenção Especializada /
Rômulo do Nascimento Rocha. – 2025.
111 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo.

Coorientação: Profa. Dra. Lisandra Serra Damasceno.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. HIV. 3. Atenção Secundária à Saúde. 4. Avaliação em Saúde. I. Título.
CDD 610

ROMULO DO NASCIMENTO ROCHA

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV/AIDS
EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 29/10/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Carmem E. Leitão Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Lisandra Serra Damasceno (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Eleonora Schettini Martins Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ao meu querido avô Raimundo Nonato do
Nascimento, que estará sempre em minha
memória.

Aos meus pais, Silvana Rocha e Sérgio Rocha.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Antônia Silvana do Nascimento Rocha, por ter sido minha companheira a vida toda, que me deu todo o seu amor, carinho e cuidado. Ao meu pai Francisco Sérgio Rocha Rodrigues por todo o esforço e dedicação que teve a mim, e por acreditar nos meus sonhos. Meus pais foram fundamentais para o meu desenvolvimento enquanto ser humano. Sou muito grato por tudo que fizeram por mim e por todos os valores que me ensinaram, inclusive a educação como fonte de transformação. À minha avó Maria Aleluia, à tia Simone Holanda que é minha segunda mãe, e à minha tia Silvelena Nascimento, três mulheres incríveis que são minhas heroínas e fazem parte dessa base tão importante. Aos meus irmãos Átila e Eiky Rocha, pelo carinho, torcida e por terem contribuído no meu processo de amadurecimento enquanto irmão mais velho. Aos meus queridos tios e tias, em especial Assis e Zélia Rodrigues, por terem acreditado no meu potencial e me incentivado desde criança a seguir sempre no caminho dos estudos. Agradeço em memória ao meu avó Raimundo Nonato, que me ensinou a ler, e hoje com certeza, onde estiver, está orgulhoso por essa conquista que não é minha, mas dele e de toda nossa família do interior do Ceará.

Ao meu companheiro de vida Carlos Gutierrez Moreno Nogueira, pelo amor e cuidado diário, como dizia Rita Lee, você e eu somos um caso sério. Agradeço ainda todo o carinho e afeto da família Moreno Nogueira (Socorro, Carlos, Andreia, Jessica, Diassis, Beatriz e Thericya). Fazer parte dessa família é um grande presente.

À Prof.^a Carmem E. Leitão Araújo, por ter me acolhido muito bem desde o meu primeiro dia no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, e por ter contribuído significativamente para minha trajetória como sanitarista. Carmem muito mais que uma orientadora, foi uma amiga e parceira de trabalho, que torceu, ajudou, oportunizou, orientou e tornou a experiência na pós-graduação cheia de aprendizados. Carmem, gratidão por tudo!

À professora Lisandra Damasceno por toda parceria durante a Pós-graduação. Além de ser coorientadora desta pesquisa é uma ativista e pesquisadora importante no campo do HIV/Aids e no enfrentamento do estigma e da discriminação relacionados ao HIV.

À professora Eleonora Cunha, e ao professor Marco Túlio que compuseram a banca examinadora e pelas valiosas contribuições que deram a este trabalho.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), ao qual fiz também minha graduação em Ciências Sociais. Voltar a UFC agora no campo da saúde auxiliou e oportunizou muitos

aprendizados, onde puder relacionar minha atuação como cientista social no campo da Saúde Coletiva, principalmente no subcampo da Política, Planejamento e Gestão.

Ao professor Alberto Novaes Ramos Júnior e à professora Jaqueline Caracas Barbosa, pelos ensinamentos, oportunidades e parceria no trajeto do Mestrado, que proporcionou minha aproximação na temática da hanseníase, que considero muito importante para minha trajetória como sanitarista.

Aos amigos e amigas que fiz na caminhada durante a pós-graduação, em especial para Nágila Ferreira, Nicolas Gustavo, Lucía Pérez, Gabriela Madero, Freddy Vasquez, Lucas Delerino, Mirele Coelho, Aymee Medeiros, Taynara Lais e Juliana Ramos.

Aos projetos Observatório de Políticas Públicas em Saúde (OPP-Saúde), em especial a equipe do Grupo de Trabalho em HIV/Aids, que tive oportunidade de conduzir. Ao coletivo do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). À Rede de Ações Posithivas no Combate ao Estigma (REAPCE), coordenado pela Prof^a Lisanda Damasceno. À Liga Acadêmica em Doenças Estigmatizantes (LADES-UFC), coordenado pela Prof^a Sacha Nogueira e aos projetos de extensão Programa Promoção de Saúde no Pici (PSP), Observatório Nacional da Política LGBT que também fizeram parte da minha trajetória e que despertaram minha implicação com a saúde coletiva.

Aos representantes/coordenadores (Katharina Estela, Ruth Maria, Jefferson Renne, Josilany dos Santos e Geysa Farias) e aos profissionais dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids, pelo apoio, interesse e incentivo para a realização do estudo. Desde o primeiro contato todos foram muito acolhedores e a atuação e implicação de cada um com a temática do HIV se tornou engrenagem motivadora para esta pesquisa. Agradeço também ao Marcos Paiva que está na coordenação da área técnica de IST/Aids do município de Fortaleza pela oportunidade de aproximação da rede de HIV.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Agradeço as duas agências de fomento pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Agradeço também ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que também auxiliou no desenvolvimento da pesquisa, através do apoio de Nicolas Gustavo Souza Costa e Lucas Barbosa de Assis.

Agradeço também a Deus, pela dádiva da vida.

Viva o Sistema Único de Saúde (SUS)!

RESUMO

O HIV/Aids ainda permanece como um preocupante problema de saúde pública. Diversas alternativas no campo da prevenção, vigilância, controle e tratamento tornaram o Brasil uma referência mundial em resposta à epidemia. Entretanto, ainda há dificuldades de respostas efetivas de prevenção diante da dinamicidade da epidemia que é caracterizada simultaneamente como viral e social e exigem uma abordagem simultânea de alternativas comportamentais, estruturais e biomédicas de prevenção à exposição ao vírus. O presente trabalho analisa a implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV em Serviços de Assistência Especializada (SAE) no município de Fortaleza. Os objetivos específicos são: 1) Identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV em serviço de assistência especializada (SAE); 2) Caracterizar a implementação levando em consideração as interações, as condições e as estruturas de trabalho para a Prevenção Combinada do HIV e 3) Analisar efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de uma análise da implementação de políticas públicas *bottom-up*, particularmente na perspectiva de burocracia a nível de rua (*street-level bureaucrats*) que contempla a investigação da atuação empírica de atores executores de políticas com relação estreita com usuários. Cinco Serviços de Atendimento Especializado (SAE) no município de Fortaleza foram selecionados. Dados secundários foram analisados. Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham diretamente com a prevenção do HIV/Aids. O estudo identificou diferentes arranjos organizacionais e heterogeneidade nos tipos de estratégias preventivas ao HIV nos serviços. Ainda prevalecem abordagens biomédicas como prevenção, embora se perceba a necessidade de outras alternativas. Perceberam-se lacunas na composição das equipes multiprofissionais, múltiplos fluxos de organização da atuação dentro dos SAE, articulações formais e informais entre os serviços da rede para garantir uma linha de cuidado ao HIV, mesmo no contexto de limitações. Problemas de estrutura e força de trabalho influenciam na oferta das estratégias previstas na Prevenção Combinada. Encontramos também mecanismos e decisões discricionárias dos profissionais da saúde que são tomadas a partir de uma categorização de usuários e influenciam no processo de implementação. Verifica-se um distanciamento entre a formulação e a implementação da proposta da Prevenção Combinada do HIV.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; HIV; Atenção Secundária à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

HIV/AIDS still remains a worrying public health problem. Various alternatives in the field of prevention, surveillance, control and treatment have made Brazil a world reference in its response to the epidemic. However, there are still difficulties in finding effective preventive responses to the dynamic nature of the epidemic, which is characterized as both viral and social and requires a simultaneous approach of behavioral, structural and biomedical alternatives to prevent exposure to the virus. This study analyzes the implementation of the Combined HIV Prevention Strategy in Specialized Care Services (SAE) in the municipality of Fortaleza. The specific objectives are: 1) To identify HIV prevention approaches and actions in specialized care services (SAE); 2) To characterize implementation taking into account interactions, conditions and work structures for Combined HIV Prevention; and 3) To examine effects and gaps in implementation in health services from the perspective of health professionals. This is an analysis of the implementation of bottom-up public policies, particularly from the perspective of street-level bureaucrats, which includes the investigation of the empirical performance of actors who implement policies in close relationship with users. Five Specialized Care Services (SAE) in the municipality of Fortaleza were selected. Secondary data was analyzed. 16 semi-structured interviews were conducted with professionals who work directly with HIV/AIDS prevention. The study identified different organizational arrangements and heterogeneity in the types of HIV prevention strategies in the services. Biomedical approaches to prevention still prevail, although there is a perceived need for other alternatives. There were gaps in the composition of multi-professional teams, multiple organizational flows within the SAEs, and formal and informal links between services in the network to guarantee a line of HIV care, even in the context of limitations. Problems of structure and workforce influence the provision of the strategies set out in Combined Prevention. We also found mechanisms and discretionary decisions by health professionals that are made based on a categorization of users and influence the implementation process. There is a gap between the formulation and implementation of the Combined HIV Prevention proposal.

Keywords: Health Policy; HIV; Secondary Care; Public Health Administration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinado do HIV	17
Figura 2 – Estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais da Prevenção Combinada	18
Figura 3 – Regionais de Saúde de Fortaleza	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mapeamento dos serviços especializados em HIV/Aids em Fortaleza	29
Quadro 2 – Distribuição dos SAE e UAPS por população regionalizada	30
Quadro 3 – Identificação e perfil dos entrevistados	35
Quadro 4 – Caracterização dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids	62
Quadro 5 – Caracterização das estratégias regulamentadas de Prevenção Combinada do HIV em cada SAE	65
Quadro 6 – Categorização e representação de usuários “fáceis” e “difíceis”	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV	Antirretrovirais
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
CDC	Centro de Controle de Doenças
CAMS	Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em IST, HIV e HV
CTA	Centros de Testagem e Acolhimento
CF-88	Constituição Federal de 1988
EPC-HIV	Estratégia de Prevenção Combinada do HIV
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
GIV	Grupo de Incentivo à Vida
HV	Hepatites Virais
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HSJ	Hospital São José
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
MCD	Modelo de Coalizões de Defesa
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/Aids
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
SSR	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS	Sistema Único de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO GERAL	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	METODOLOGIA	27
3.1	Pressupostos metodológicos	27
3.2	Cenário do estudo	28
3.3	Coleta de dados	32
3.3.1	<i>Análise documental</i>	32
3.3.2	<i>Observação participante</i>	33
3.3.3	<i>Entrevistas semiestruturadas</i>	34
3.4	Compilação e análise dos dados obtidos	37
3.5	Aspectos éticos da pesquisa	38
4	MUDANÇAS PRAGMÁTICAS EM 40 ANOS DE AIDS: O CONTEXTO DE DESAFIOS E A CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS	40
4.1	Pressupostos norteadores de investigação e construção de estratégias preventivas ao HIV/Aids: do risco à vulnerabilidade	40
4.2	HIV/Aids: da ascensão como problema à especificação de alternativas governamentais	47
4.3	Epidemia social e epidemia viral: aspectos que fazem do HIV/Aids um problema de saúde pública	53
5	A IMPLEMENTAÇÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA	57
5.1	Aspectos gerais da implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV no Brasil	58
5.2	Tecendo redes diversificadas: a organização e funcionamento dos SAE em Fortaleza	61
5.3	PrEP e PEP	67
5.4	Equipe, processos de trabalho e fluxo de assistência nos SAE	71
5.5	Articulação e rede de cuidado na prevenção e tratamento do HIV: integração ou desintegração?	75
5.6	Decisões discricionárias e rotinas de prevenção do HIV	79

5.7	Construindo o usuário ideal: categorias e responsabilidades	84
6	CONSIDERAÇÕES DA PESQUISA	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE	
	DADOS	104
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	107

1 INTRODUÇÃO

A prevenção do HIV/Aids é um desafio complexo desde a década de 1980, quando a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana emergiu como um complexo problema de saúde pública. Com os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida identificados nos Estados Unidos da América (EUA) e mais tarde em outros países, a epidemia da AIDS gerou mobilizações para identificação do vírus causador da doença, formas de transmissão, métodos preventivos para reduzir a incidência de casos. Tinha-se como objetivo estabelecer tratamento e evitar o estágio avançado da infecção, que diante da gravidade, era considerado uma “sentença de morte”. Apesar dos avanços na prevenção e tratamento, a epidemia de AIDS afeta ainda milhões de pessoas anualmente. Por isso, a importância de estratégias efetivas de prevenção com a participação de diferentes atores na reivindicação e implementação dela.

No Brasil, a história da AIDS revela diferentes perspectivas de abordagem em relação aos aspectos sociais e atuação do poder público para o enfrentamento da epidemia¹. Nos primeiros anos, predominou a associação da síndrome aos denominados “grupos de risco”, a marginalização de pessoas que passaram a ser significado de contaminação, contágio e perigo, a minimização da gravidade da epidemia pelo Estado, dentre outros aspectos que fizeram dessa época um período repleto de discriminação, violência e estigma no país (Daniel; Parker, 2018). A partir da década de 1990, ampliaram-se os aprendizados institucionais e sociais que permitiram alterações relevantes na formulação de estratégias de prevenção, como a vigilância e ao controle das transfusões de sangue (Villarinho; Padilha, 2014); a criação de um programa nacional para atuar em resposta à epidemia da AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); além do início ao tratamento utilizando o AZT² (Brasil, 2023).

Por certo, se a Aids era abordada como uma doença aguda e com baixa expectativa de vida, hoje prevalece uma leitura sobre vulnerabilidade e a condição crônica da infecção, sendo necessário a garantia do tratamento e recomendações adequadas para oferecer uma melhor qualidade de vida para as pessoas diagnosticadas (Campos et al., 2021). Os avanços tecnológicos no tratamento e as estratégias de vigilância, prevenção e controle

¹ A década de 1980 é conhecida como a “Idade das Trevas Aids” (Contrera, 2000).

² Também conhecido como zidovudina, foi um dos primeiros fármacos aprovados como tratamento antirretroviral de pessoas que foram afetadas pelo HIV/Aids em 1987.

mudaram o curso da doença.

O Brasil é uma referência mundial no controle do HIV/Aids, conforme apontado pela Organização das Nações Unidas (ONU) (Brasil, 2015). O tratamento é garantido por meio da distribuição gratuita da medicação por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, é fundamental a participação do Estado, aqui entendido como uma instituição fundamental na sociedade que tem papel ativo em torno do desenvolvimento das políticas públicas (Castro, 2012).

Há concordância na literatura especializada da área de que o Estado deve atuar na promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (Brasil, 2009), bem como na viabilização da garantia de direitos, incluindo o combate à discriminação, no acesso à informação sobre educação sexual e reprodutiva, na oferta das diferentes estratégias de prevenção e de tratamento contra o HIV e outras IST (Adamy, Casimiro, Benzaken, 2020; Calazans, Parker, Junior, 2023). Assim sendo, partimos do pressuposto de que a formulação e implementação de políticas de prevenção e assistência às pessoas afetadas pelo HIV/Aids, com base nas diretrizes e princípios do SUS, podem gerar benefícios que são individuais, e ao mesmo tempo coletivos.

Aqui se quer recordar também o papel da sociedade civil e dos movimentos sociais na constituição de políticas relacionadas à doença. Pessoas que vivem com HIV/Aids, familiares, profissionais organizados, acadêmicos, associações e outros atores sociais têm atuado na negociação e continuidade de políticas que possuam financiamento adequado, descentralização de ações e incorporação de novas tecnologias de prevenção e tratamento. Ainda sendo um problema de saúde pública de relevância, diferentes estratégias, políticas e programas precisam ser estabelecidos e efetivados para gerar alternativas que tenham efeitos em diferentes contextos e nas realidades sociais (Parker, 1997). A Política de HIV/Aids é altamente interativa, e inclui a participação direta de usuários e demais atores que a reivindicam (Monteiro; Villela, 2009), formulam e implementam a política (Almeida; Ribeiro; Bastos 2022).

Outro ponto que merece reflexão diz respeito à relevância dos profissionais de saúde para a implementação de políticas públicas em resposta à epidemia. Ao atuarem diretamente com os serviços de prevenção e tratamento, profissionais da saúde são responsáveis³ por colocar em prática as políticas e programas de saúde, sendo

³ O conceito de Lipsky (2010) define que “esses burocratas são responsáveis pelas interações cotidianas do estado com usuários e realizam, de fato, a entrega de serviços” (Lotta, 2019, p. 22).

imprescindíveis para que os serviços de saúde atendam às necessidades de saúde da população. Ou seja, chama-nos atenção que os profissionais da saúde e suas ações podem gerar impactos sobre a saúde e sobre o bem-estar dos usuários, além de ampliar ou diminuir a confiança e o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde (Zambenedetti, Both, 2013).

Um estudo sobre estigma e discriminação em função do HIV/Aids em Fortaleza, por exemplo, destacou que ações discriminatórias⁴ afetam o acesso das pessoas e acarreta o distanciamento dos serviços, ainda que haja protocolos de manejo com a perspectiva de um atendimento “humanizado” (Rocha, 2021). Sendo os profissionais de saúde agentes públicos que prestam serviço ao Estado, estudar suas práticas, ações e comportamentos no cotidiano representa o modo como as políticas públicas são colocadas em prática nos serviços de saúde e como elas afetam a vida dos usuários desses serviços (Lotta, 2021; Lipsky, 2010).

Atualmente, há uma política pública de prevenção e promoção de saúde sexual, que ampara estratégias de enfrentamento e controle de novos casos de infecção do HIV/Aids: a Estratégia de Prevenção Combinada do HIV (EPC-HIV). A prevenção combinada pode ser entendida como uma estratégia que parte do pressuposto que uma intervenção só não seria suficiente para proteger e prevenir as pessoas da exposição ao vírus, mas que na verdade são necessárias diferentes estratégias de múltiplos níveis (biomédico, comportamental e estrutural) sendo utilizadas simultaneamente, de forma combinada. Considerando os níveis individual, social/comunitário e programático, a estratégia contempla várias alternativas de prevenção de acordo com as necessidades de cada indivíduo e segmentos populacionais (Brasil, 2017).

A proposta permite a junção de evidências científicas com abordagens que perpassam as dimensões de base comunitária e refletem a garantia de direitos. É notável que a EPC-HIV, possui marcos relevantes, indicando uma mudança gradual que envolveu diferentes atores na definição de políticas de prevenção ao HIV/Aids no país. De acordo com Adamy, Casimiro e Benzaken (2020), a proposta brasileira é sustentada por discussões no Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), após a publicação o documento *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections* (2010), bem como pelos movimentos e organizações sociais do Brasil. Sobre este último apoio, tem-se o documento Prevenção

⁴ O Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – BRASIL (2019), mostra que um estudo realizado com 1.784 pessoas vivendo com HIV/AIDS em 7 capitais brasileiras (Manaus, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Rio de Janeiro), indicam que 15,3% dos entrevistados revelaram ações discriminatórias nos serviços de saúde por viverem com HIV ou AIDS: episódios de profissionais se esquivarem de contatos físicos; comentários negativos; condição sorológica divulgada sem seu consentimento para outros funcionários; e atendimento recusado (2,1%) (UNAIDS, 2019; Rocha, 2021).

combinada: barreiras ao HIV (2011) construído pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) em parceria com o Grupo de Incentivo à Vida (GIV).

Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada do HIV.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

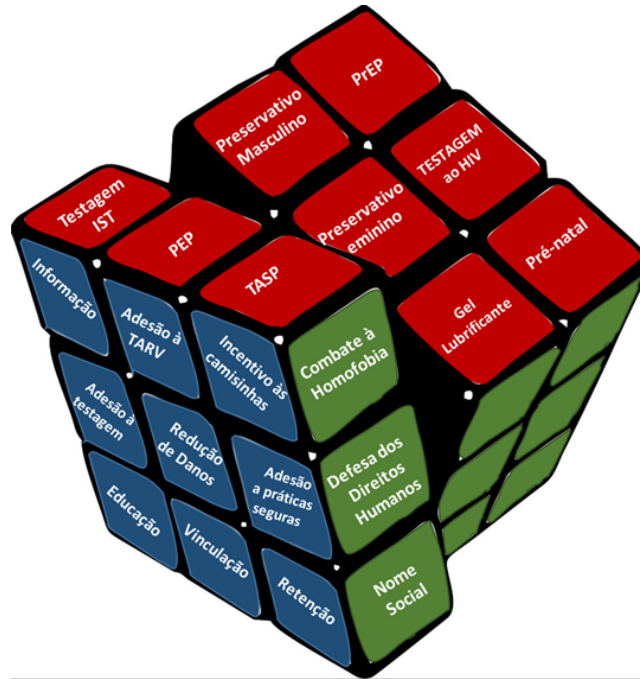
Alternativas de prevenção também foram discutidas no âmbito do Ministério da Saúde, em 2013, ano em que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos modificou a recomendação do início da Terapia Antirretroviral (TARV) independentemente da quantidade de CD4, exame laboratorial utilizado para avaliar a função do sistema imunológico em pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV (Brasil, 2013).

Em seguida, o Ministério da Saúde instituiu a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (CAMS), instituída pela Portaria nº 68/SVS/MS de 13 de dezembro 2016 (Brasil, 2016), onde o Grupo de Trabalho de Prevenção do Ministério, dialoga com organizações da sociedade civil para a construção de uma proposta preventiva que não tivesse ênfase somente nas intervenções biomédicas, como estava sendo guiada até então (Adamy, Casimiro, Benzaken, 2020).

A perspectiva atual de prevenção foi formulada com o apoio de uma série de especialistas e organizações internacionais que trabalham no campo da saúde e do HIV/Aids. Seguindo as experiências de outros países, a perspectiva da política de prevenção no Brasil é trabalhar tanto os elementos centrais para a prevenção e controle do HIV,

quanto questões que fogem à dimensão individual quanto ao risco de exposição ou condições de vulnerabilidade. Nessa direção, inclui pautas historicamente caras para atores implicados com o enfrentamento do HIV/Aids, como a desigualdade de gênero, racismo, LGBTfobia, dificuldades de acesso, estigma, discriminação etc. (Adamy, Casimiro, Benzaken, 2020).

Figura 2 – Estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais da Prevenção Combinada.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Considera-se que a dinamicidade da epidemia de HIV/Aids requer uma abordagem simultânea de múltiplas intervenções em segmentos populacionais, como sugerido por Parker (1997). Ou seja, há a necessidade do desenvolvimento de alternativas preventivas de forma mais ampla, com medidas que não tenham como foco unicamente gerir “comportamentos de risco”, mas que as respostas elaboradas partam de um arcabouço que possibilite identificar e levar em consideração outras condições como as de base estrutural, uma vez que afetam diretamente na redução/aumento da vulnerabilidade de exposição ao vírus (Calazans; Parker; Junior, 2023).

A constituição da proposta atual para regulamentação da Prevenção Combinada foi corroborada por outros documentos normativos⁵ e portarias⁶ instituídas ao longo de 2017

⁵ 5 Passos para a Prevenção Combinada do HIV na Atenção Básica (2017); Prevenção Combinada do

no âmbito do Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Vigilância em Saúde e no Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nesse ano também houve a pactuação intersetorial para a integração de uma agenda de trabalho na Atenção Básica, visando melhoria das ações para HIV, IST e Hepatites Virais e a reorganização dos Centros de Testagem e Acolhimento (CTA) (Adamy, Casimiro, Benzaken, 2020). Assim, constitui-se uma estratégia formada por uma série de elementos em resposta aos problemas recorrentes da epidemia, que só passa a ser formalmente implementada no Governo Michel Temer, que assumiu a presidência em meados de 2016, após o golpe da Presidenta Dilma Rousseff.

Entretanto, com a ascensão de um governo de extrema direita no Brasil, após a eleição de Bolsonaro em 2018, um quadro de retrocesso e fragilização da proposta de prevenção combinada do HIV se agrava. Torna-se mais evidente às resistências ao que vinha sendo discutido e experimentado sobre o enfrentamento da epidemia internacionalmente, particularmente no Brasil (Grangeiro; Castanheira; Nemes, 2015). Observa-se, por exemplo, ocultação de questões sociais e estruturais na abordagem das intervenções, campanhas que reforçam estigmas e outros elementos apontam uma conjuntura de obstrução do acesso a políticas de saúde sexual e da moralização dela. Constatou-se declarações moralizadoras às alternativas da Política de HIV/Aids, como trabalhar a prevenção “sem ofender às famílias”, restrição da circulação de informação através do encerramento de canais de informação, recolhimento de cartilhas e materiais informativos, campanhas focalizadas no uso do preservativo sem apresentar as demais estratégias de prevenção ao HIV e com linguagem de medo e pânico foram outras ações que caracterizaram o contexto de crise e desmonte (Natividade; Sousa; Rocha, 2021).

Mudanças na resposta nacional ao HIV também foram presentes durante o contexto da Pandemia de Covid-19. Reduziram-se os recursos financeiros destinados à saúde e à prevenção do HIV. Medicamentos tornaram-se escassos no estoque⁷ dos serviços da rede e observou-se por exemplo a suspensão de exames de genotipagem e diagnóstico (Natividade; Sousa; Rocha, 2021).

HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (2017); Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (2017).

⁶ Outras portarias como: Portaria nº 22 de 25 maio de 2017 (inclusão da PrEP no SUS) e Portaria nº 20, de 14 de maio de 2018 (funcionamento e procedimentos das Comissões Assessoras relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais) foram importantes para a construção da EPC-HIV (Brasil, 2017; Brasil, 2018).

⁷ No Ceará, fármacos utilizados no tratamento como Lamivudina, Raltegravir e Etravirina estavam com baixo estoque.

Neste trabalho chamamos atenção para a importância da análise de implementação da Prevenção Combinada do HIV. A implementação de políticas públicas pode ser entendida como momento interativo que ocorre entre as normativas da política (como está escrita) e suas características (como é na prática)⁸. Desse modo, a implementação tem questões que são fluidas e que se constroem a partir da interação entre as intenções e os elementos que fazem parte dos contextos de ação, integrando inclusive as visões que os atores têm na execução das normativas em condições materiais (Lima; D’ascenzi, 2013).

Entendendo a implementação como um processo fundamental e dinâmico para a materialização da política pública, pergunta-se: como ocorre o processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV, pensando nas práticas, interações, e perspectivas dos atores implementadores da política nos serviços públicos de saúde especializados?

Com essa questão, o objetivo primordial do trabalho é analisar a implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV em serviços de atenção especializados à saúde no município de Fortaleza. Para tanto, temos como objetivos específicos: 1) Identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV em serviços de atenção especializados à saúde; 2) Caracterizar a implementação levando em consideração as interações, os contextos, as condições e as estruturas de trabalho para a Prevenção Combinada do HIV; 3) Analisar efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de saúde.

Após as movimentações históricas para a inserção do HIV/Aids na agenda governamental (Monteiro; Villela, 2009), e os tensionamentos para a formulação de um desenho da política que atenda as reais necessidades da epidemia (Almeida; Ribeiro; Bastos 2022), queremos conhecer a política na prática, ou seja, “como ela é”, que atores estão envolvidos, quais suas lacunas, além de outros aspectos que são importantes para sua efetivação. Assim, enfatizamos a análise do processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV, em uma experiência local, particularmente no município de

⁸ Diversos são os estudos que se dedicam à análise de políticas públicas com referenciais teóricos específicos. Alguns deles se preocupam com os diferentes momentos de uma política. Há trabalhos desde o levantamento e discussão de problemas para a definição de uma agenda pública à avaliação das respostas governamentais a essas lacunas. Convencionou-se dizer que um ciclo de políticas públicas é composto pela definição da agenda, formulação, implementação e avaliação dela. De forma breve, a agenda diz respeito à definição de problemáticas passíveis de serem incluídas na agenda Estatal e a formulação parte de uma análise sobre o planejamento da estrutura após a sua inclusão nas prioridades do Estado, exigindo a participação de atores formuladores que decidem como será o desenho da política. Em seguida, a implementação já possui uma perspectiva de entender a política após o processo de formulação, ou seja, é um momento em que há a materialização na prática, possibilitando identificar a ação dos instrumentos e a participação de burocratas estatais nesse processo. Por último, a avaliação da política, que se debruça na análise dos resultados obtidos, como por exemplo a efetividade, a eficácia, as metas alcançadas e outros elementos que fazem parte dessa fase “final” do ciclo. É possível fazer recortes teórico-metodológicos a partir de diferentes enfoques (Souza, 2003).

Fortaleza no estado do Ceará.

Com a consolidação da Prevenção Combinada do HIV enquanto estratégia institucional do Estado brasileiro, diversos atores têm um papel fundamental no processo de implementação e ampliação da política, de modo a garantir os principais objetivos que foram abordados durante sua formulação. Além disso, é uma política pensada e materializada visando não somente a prevenção e controle, mas a garantia de direitos, ou seja, tem em sua estrutura diversos aspectos que procuram atuar a partir de uma resposta que pondere simultaneamente aspectos sociais e estruturais, além condições que se relacionam diretamente com a dinâmica da epidemia. Essas características são alvo dos estudos atuais de implementação, que levam em consideração diversos fatores e como eles influenciam nesse processo. No caso deste estudo, interessamo-nos pela prática e perspectiva dos profissionais da saúde, em função deles possuírem papéis e responsabilidades⁹ relevantes na implementação das políticas e programas de saúde.

Mas como analisar o processo de implementação, considerando as perspectivas dos profissionais de saúde? D'ascenzi e Lima (2013), argumentam que a implementação tem uma dinâmica própria, em contramão à percepção de que os problemas das políticas públicas são resultados restritos às formulações equivocadas das políticas. Desse modo, a implementação parte de uma análise que investiga as questões intrínsecas, atentando-se para a importância de perspectivas inter-organizacionais e quais efeitos elas têm sobre a política (Barrett, 2004). A implementação não é simplesmente “tirar a política do papel”, sem que haja reflexões ou críticas que contribuam para a avaliação. É preciso levar em consideração também as diferentes instâncias, os atores (e seus papéis), os objetivos, a alocação de recursos e demais características que fazem parte da dinâmica de funcionamento e implementação (Lima; D'ascenzi, 2013).

Cline (2000) destaca que estudos de avaliação se desdobram em duas vertentes com diferentes abordagens de investigação sobre os problemas da implementação. Uma delas parte de um pressuposto administrativo-organizacional, enquanto a outra se desenvolve com uma abordagem a partir das relações entre os atores e a ação deles no processo. Essa via aponta que as concepções de avaliação da implementação de políticas públicas acabam mudando em conformidade com os problemas e com foco na análise *top-down* ou *bottom-up*. Essas perspectivas desenvolvem caminhos de análise a partir de diferentes pressupostos. Na

⁹ Nas palavras de Lipsky (2010) “esses burocratas são responsáveis pelas interações cotidianas do estado com usuários e realizam, de fato, a entrega de serviços”.

top-down, prevalece uma análise que leva em consideração a formulação e a implementação como estágios distintos, ou seja, que acontecem de forma separada, onde os atores têm ações caracterizadas como “pesos diferentes” (Hill, 2005).

Seguindo esse pensamento, os formuladores teriam maior poder, influência e legitimidade do que os atores implementadores para a definição da política pública. Os tomadores de decisão estariam no topo (*top*) de uma hierarquia, apontada por Hill e Hupe (2002) como *implementation follow formulation and decision theorem*. Nele se segmenta os papéis de definição e desenho da política das ações de implementação na prática (Hill, 2005).

Para o “funcionamento” dessa perspectiva é necessário que haja algumas condições/particularidades como: 1) que a política não tenha ambiguidades; 2) que o desenho e estrutura de implementação devem ser simples, com o mínimo de “elos” no processo; 3) que haja o controle efetivo dos atores que implementam a política; 4) que ocorra a prevenção de interferências externas no processo da política (Hill, 2005). As regras estabelecidas para aumentar definição e clareza de objetivos da política, aumentando controle de quem os executa (Lotta, 2019), são caracterizadas então como “limites da administração”, condição que propicia diversas críticas ao modelo *top-down*, justamente por tratar-se de questões complexas que fazem parte da estrutura das políticas e são influenciadas por outros fenômenos fora do alcance dos formuladores (Hill, 2005).

Sabatier e Mazmanian (1979) destacam ainda que as políticas públicas precisam ter uma teoria sólida que fundamente a mudança de comportamento de grupos alvos para atingir as expectativas almejadas (objetivos); que seja apoiado por grupos institucionais constituintes durante todo o processo de implementação; além de exigir que os líderes tenham habilidades gerenciais de compromisso com os objetivos estatutários, de modo que estes não sejam prejudicados por mudanças nas condições econômicas e sociais ou por outras políticas conflitantes.

A abordagem *bottom-up* se apresenta como uma possibilidade de modelo analítico livre de estruturas e suposições pré-determinadas, focalizando nas evidências empíricas diante de uma dinâmica complexa e interativa entre indivíduos e grupos (Barrett, 2004). A análise de implementação *bottom-up* ressalta as políticas como fenômenos complexos e ambíguos, onde os atores envolvidos têm autonomia e graus de discricionariedade diante das regras e metas desenvolvidas pelos formuladores (que estariam no “topo” durante o processo de desenho e construção das políticas). Barret (2004) enfatiza que essa perspectiva se destoa da análise levantada com base nas hierarquias organizacionais como principal mecanismo comunicativo

e de controle. Ela dar lugar a discussões que destacam as estruturas de poder-interesse, as relações que os atores têm e a natureza dessas interações como fatores que são fundamentais para o processo de implementação das políticas e seus resultados.

Hill e Varone (2016) entendem que, partindo desse ponto, é necessário analisar o que foi executado e o papel de diferentes atores no desenvolvimento da política. Essa questão torna-se pertinente entendendo que a implementação de políticas é um processo de interação contínuo e mutável, uma vez que as ações e outros fatores externos interferem no desenvolvimento da política, ou seja, condições dificilmente controladas. Assim sendo, tornam-se relevantes análises sobre as diferentes camadas e níveis que estão ocorrendo simultaneamente durante a implementação (Hill; Varone, 2016).

Os estudos de implementação, portanto, permitem examinar a atuação dos burocratas de nível de rua (*street-level bureaucrats*). Lipsky (2010) define a burocracia a nível de rua como uma espécie de “emprego do setor público” que é regido por algumas condições. Esses sujeitos se relacionam com os cidadãos por meio de concepções que são existentes nas normativas do seu trabalho. Contudo, eles possuem discricionariedade para exercer ações levando em consideração sua autoridade, mesmo que em condições de pressão. Lotta (2019) complementa:

“... incorpora a grande maioria dos funcionários próprios ou terceirizados da administração pública mundial: são todos os professores, policiais, assistentes sociais, profissionais de saúde, profissionais dos serviços carcerários, das agências de atendimento, das agências de serviço social e encaminhamento para o emprego. São todos aqueles que, cotidianamente, interagem com os usuários dos serviços entregando serviços e políticas públicas” (Lotta, 2019; Lipsky, 2010).

As decisões tomadas pelos burocratas acabam proporcionando o que a literatura denomina de “benefícios e sanções”¹⁰, e são essas ações que delimitam as oportunidades de acesso à política. Isto é, uma vez prestadores de serviços (e detentores da ordem pública), são rotineiramente acompanhados pela influência e o controle do Estado, ao mesmo tempo em que também estão entre as demandas dos cidadãos que exigem eficácia e eficiência dos serviços. Os burocratas “fazem” políticas partindo do pressuposto que os comportamentos discricionários (decisões que fazem parte do contexto/estrutura mais ampla) somam-se aos padrões das políticas, estabelecendo uma rotina que conta com exceções, decisões

¹⁰ Comportamentos discricionários construídos a partir das percepções dos burocratas ao desenvolver critérios informais no acesso a bens e serviços (Lotta; Pires, 2020). Os benefícios e sanções são traduzidos em situações onde como benefício há a priorização de usuários fáceis e que tem engajamento e como sanções o protelamento, responsabilização do usuário “difícil”.

emergenciais e tratamentos especiais (formas de lidar) sem fragmentar a legitimidade da organização, mas protegendo-a de críticas.

Por burocratas de nível de rua (*street-level bureaucrats*), neste estudo, entendemos aqueles profissionais que atuam diretamente nos serviços de saúde e em contato direto com a população que busca os serviços do Estado. Na perspectiva de Lipsky (2010), os burocratas de rua são atores importantes que não atuam simplesmente como executores das políticas, mas como *policy makers*, ou seja, fazedores delas, dado que podem possuir relevante discricionariedade e autonomia no âmbito de suas atuações (Lipsky, 2010).

Essa condução inclusive é considerada um “arranjo político” que ajuda na estruturação e no apoio da política, ou seja, os atores do processo de implementação fazem parte de uma estrutura que identifica os valores necessários onde simultaneamente participam da organização de como promover esses valores no contexto institucional (Stoker, 1991).

Levando em consideração essas perspectivas, interessamo-nos pela análise do processo de implementação com ênfase na atuação dos *street-level bureaucrats*. Quem são esses atores e as *low-level decisions*, isto é, como a partir de suas ações eles interagem e geram efeitos na implementação das Estratégias de Prevenção Combinada do HIV? Preocupamo-nos, assim, com o papel de agentes do estado que atuam em interface a abordagem da Prevenção Combinada do HIV (EPC-HIV) com os usuários e a sociedade.

Acreditamos que o estudo ajudará a entender lacunas na política, realizar uma caracterização e diagnóstico da rede e respectivamente fomentar possibilidades de solução para que haja de fato uma garantia na implementação prática do que a EPC-HIV e suas alternativas formuladas nos níveis superiores da administração pública se propõe como resposta mais atual a epidemia de HIV/Aids.

Na sessão seguinte, apresentamos os pressupostos metodológicos, a aproximação ao objeto, e a base teórica e metodológica que orienta o estudo. Apresentamos também o delineamento da pesquisa, detalhando a seleção dos entrevistados, o tipo de abordagem, procedimentos, técnicas e instrumentos que serão utilizados para a coleta de dados, o plano de análise, interpretação dos dados e a forma como os resultados serão apresentados.

Na sessão “Mudanças pragmáticas em 40 ano de Aids”, veremos algumas perspectivas acerca dos paradigmas da prevenção por meio de abordagens teóricas e práticas adotadas para prevenir a infecção pelo HIV. Trazemos também os desafios que caracterizam a epidemia simultaneamente como viral (grande número de casos e recrudescimento do HIV/Aids) e social (uma vez que está ligada a fatores culturais, políticos, econômicos e

comportamentais), além dos primeiros marcos da Aids como problema de interesse do Estado, a movimentação de diferentes atores para o desenho da política e a conceituação e processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV.

Na penúltima sessão, será abordada a caracterização da rede de atenção ao HIV no município de Fortaleza, com foco nos equipamentos selecionados para realização do estudo. Destinamos este momento para descrever quais estratégias de prevenção e tratamento fazem parte da realidade do município, contextualizar a situação saúde da população e descrever as equipes de cada serviço e suas respectivas funções. Nela é apresentado um panorama da rede de HIV em Fortaleza, trazendo aspectos que vão para além da caracterização do serviço, mas demonstrando quais as experiências exitosas em termos de planejamento, gestão e implementação das ações, e quais são as principais lacunas durante esse processo. Traremos também os resultados dialogando com o referencial teórico da burocracia a nível de rua, apontando no contexto micro, como as ações, processos e práticas de trabalho contribuem ou não para a implementação da Prevenção Combinada no município. Analisamos a discussão sobre acesso, demandas dos usuários, tomada de decisões, interação com a política e a discricionariedade a partir das narrativas dos agentes do Estado. Desta forma, trazemos elementos importantes para pensar o processo de implementação da política.

Por fim, nas considerações finais refletimos sobre o aparato dos resultados da pesquisa e como eles podem contribuir para melhoria dos programas e estratégias de HIV/AIDS.

2 OBJETIVO GERAL

- Analisar a implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV em Serviços de Assistência Especializada (SAE) no município de Fortaleza.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV em serviço de assistência especializada (SAE).
- Caracterizar a implementação levando em consideração as interações, as condições e as estruturas de trabalho para a Prevenção Combinada do HIV.
- Compreender efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Pressupostos metodológicos

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso, que realiza uma análise do processo de implementação utilizando a vertente *bottom-up*. Para satisfazer os objetivos almejados com a investigação, esse estudo possui natureza qualitativa. A análise foi realizada com foco para o município de Fortaleza. Desse modo, tivemos como caminho o seguinte fluxo: 1) análise documental; 2) observação participante; e 3) entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe.

A abordagem *bottom-up* para a análise de implementação foi escolhida em função dela permitir uma análise dos burocratas e das *low-level decisions* que consideram as interações, as condições e as estruturas de trabalho para a Prevenção Combinada do HIV em serviços que lhe implementam. Deste modo, buscamos abordar aspectos que são alvo dos estudos de implementação, como por exemplo, as condições políticas no processo (Menicucci, 2006), para entender de que forma as condições políticas e sociais se relacionam com o ambiente de operacionalização da política e influenciam na tomada de decisão dos burocratas a nível de rua, estabelecendo até mesmo tendências contraditórias no campo prático (Lipsky, 2010).

Os apontamentos de Lipsky (2010) sobre a tomada de decisão dos burocratas a nível de rua consideram as condições limitadas (que podem ser de tempo ou de informação), partindo do pressuposto de um contexto de restrição que é afetado pelo custo, ou de indisponibilidade devido à ausência de informações. Neste sentido, há uma construção de padrões comuns de prática, isto é, uma generalização de papéis sociais e políticos que são operacionalizados tendo em vista as normativas políticas ao qual são implementadores (Lipsky, 2010). A partir daí é possível entender o que acontece e em que condições (*what works under what conditions*) (Honig, 2006).

Vale ressaltar também a preocupação sobre como as ações acabam ou não reforçando a (re)produção de desigualdades (Lotta, 2021), uma vez que esse “viés” afeta não só a qualidade dos serviços ofertados, mas a própria legitimidade da política. Cidadãos reconhecem atitudes que tenham comportamento indiferente ou preconceituoso, resultado de atitudes “forjadas” ou de injustiça, o que pode ser compreendido pelos burocratas como uma resposta “racional”, diante do contexto de limitações (Lipsky, 2010).

No processo de implementação da Prevenção Combinada do HIV é possível, bem como necessário, analisar, a partir da atuação dos profissionais da saúde, em que medida acontecem ações de fomento sobre uma discussão mais ampliada dentro do contexto local (Dalfior; Lima; Andrade, 2015), além da (re)ênfase das dimensões cultural, comunitária, política e social no âmbito da prevenção combinada (Calazans; Parker; Junior, 2023).

Em outras palavras, compreender a perspectiva dos burocratas como fazedores da política (*policy makers*) da Estratégia de Prevenção Combinada implica na possibilidade de examinar efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde especializados, elementos que podem fornecer pistas para reformulação da estratégia e responder questionamentos sobre como, em que medida e quais são as falhas durante a implementação. A seguir descrevemos o cenário onde a pesquisa foi realizada e como foi o trabalho de inserção, compilação e análise das informações construídas com os participantes da pesquisa.

3.2 Cenário do estudo

O estado do Ceará conta com 34 serviços especializados que possuem atenção ao HIV/Aids, sendo 13 localizados no município de Fortaleza, capital do estado. Os demais serviços estão distribuídos em outros municípios da região metropolitana e interior do estado. Fortaleza ocupa a 18^o posição no ranking das 100 cidades brasileiras, com índice composto elevado¹¹ (5,4) entre 2018 e 2022 (Brasil, 2023).

Dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ceará, identificam o município como uma região que concentra mais de 70% (77,0%) dos casos de HIV em todo o estado (Ceará, 2023). O cenário epidemiológico revela um contexto que requer respostas de fato efetivas para prevenção e controle da epidemia. O Município é dividido em 6 regionais de Saúde. Os Quadros 1 e 2 demonstram respectivamente quais são os serviços especializados e como é a distribuição em cada uma das seis (6) Superintendências Regionais de Saúde (SRS) de Fortaleza:

¹¹ O índice composto é calculado com base nas seguintes informações: Taxa média de detecção de aids na população geral nos últimos três anos; variação média anual da taxa de detecção de aids na população geral nos últimos cinco anos; taxa média de mortalidade por aids na população geral nos últimos três anos; variação média anual da taxa de mortalidade por aids na população geral nos últimos cinco anos; taxa média de detecção de aids em menores de 5 anos nos últimos três anos; variação média anual da taxa de detecção de aids em menores de 5 anos nos últimos cinco anos; e a média calculada após transformação logarítmica (média do primeiro CD4) (Brasil, 2023).

Quadro 1 – Mapeamento dos serviços especializados em HIV/Aids de Fortaleza

Nome do Serviço de Atendimento Especializado	Bairro/Regional de Saúde
Hospital São José (HSJ)	Parquelândia (Regional III)
Hospital Universitário Walter Cantídio (Ambulatório)	Rodolfo Teófilo (Regional III)
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	Papicu (Regional II)
Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)	Vila União (Regional IV)
Hospital Gonzaga Mota de Messejana (SAE)	Messejana (Regional VI)
Policlínica João Pompeu Lopes Randal (SAE)	Passaré (Regional VI)
Hospital Gonzaga Mota do José Walter (SAE)	Conjunto José Walter (Regional V)
Centro de Saúde Carlos Ribeiro (CTA/SAE Emanuel Gomes Pinto)	Jacarecanga (Regional I)
Serviço de Atenção Especializada (SAE Christus)	Cocó (Regional II)
Policlínica Dr. Lusmar Veras Rodrigues (SAE)	Jóquei Clube (Regional III)
Policlínica Dr. José Eloy da Costa Filho (SAE)	Bonsucesso (Regional III)
Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI (SAE)	Edson Queiroz (Regional VI)
Policlínica Dr. Luis Carlos Fontenele (SAE)	Passaré (Regional VI)

Fonte: elaborada pelo autor.

Por definição os Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids são caracterizados como unidades ambulatoriais/assistenciais que fazem o acompanhamento de pessoas que são diagnosticadas com HIV e outras IST. Neste equipamento temos um olhar integral e contínuo dos usuários, além da possibilidade de estabelecer uma vinculação com a equipe multiprofissional para atender as necessidades de saúde comuns aos diagnosticados. Geralmente os SAE são encontrados em equipamentos de referência (hospitais, policlínicas, ou nas unidades que são vinculadas às universidades) e foram selecionados, levando em consideração a heterogeneidade entre eles, a localização em diferentes territórios, variabilidade na equipe e oferta das estratégias preventivas previstas na Prevenção Combinada do HIV.

A escolha dos SAE para a pesquisa também se justifica pelo fato das abordagens da Prevenção Combinada serem encontradas neste nível de atenção, onde mesmo após o movimento de capilarização e descentralização dessas estratégias para a Atenção Básica (que tem a perspectiva da promoção e prevenção da saúde), as estratégias chaves ainda estão restritas a Atenção Especializada, como a PrEP e a PEP por exemplo. Em Fortaleza há a experiência da UAPS Mattos Dourado, unidade de APS que realiza a dispensação da PrEP, porém, devido ao recorte de nível de atenção, acabou não sendo inserida do estudo.

Com isso, buscamos incluir a atividade de profissionais em diferentes contextos no processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV. A escolha dos cenários possibilitou identificar a diversidade de atividade de várias equipes multiprofissionais no processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV.

É importante destacar que na proposta inicial, havia a perspectiva de trabalhar com o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, porém o hospital encontrava-se em reforma, e o SAE foi realocado para dentro do Gonzaguinha do José Walter. Além disso, houve também uma dificuldade de conseguir anuência do serviço para execução da pesquisa, uma vez que foram solicitadas informações que não eram cabíveis para o tipo de estudo ao qual se tinha a proposta.

O Hospital São José inicialmente também estava entre os serviços que seriam abordados no estudo, porém devido tratar-se de um equipamento de referência estadual e ter uma outra proposta que se distancia da perspectiva preventiva, trabalhando no caráter de urgência, emergência e de internação (nível terciário), também foi retirado. O equipamento apareceu nas falas dos entrevistados e alguns dos profissionais tinham vínculos ou já

trabalharam em algum momento no hospital mencionado. A retirada dos dois equipamentos não afetou negativamente os resultados do estudo. Outro ponto a ser destacado foi a não contemplação da Regional IV. O único serviço localizado nessa regional é um equipamento que tem como referência o tratamento de HIV para crianças diagnosticadas com o vírus, desse modo, o equipamento não contemplaria os objetivos do estudo sob a perspectiva da prevenção. Além disso, as estratégias encontradas no serviço eram as mesmas nas outras 5 regionais. Considerando esses pontos, não houve a inclusão da regional IV na pesquisa.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2024, posterior a análise documental. Como já assinalado, em 2017, houve o início da implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV a nível nacional, por meio da publicação de vários documentos que definiram quais são as bases de regulamentação para todo o país. O processo de implementação tem início durante o final da gestão de Michel Temer (2016-2018), perpassa o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), e a pandemia de Covid-19 (2020-2022).

3.3.1 Análise documental

No primeiro momento, buscamos caracterizar a Estratégia de Prevenção Combinada do HIV a partir de sua constituição normativa. Partimos da análise de documentos, leis, decretos, portarias e demais elementos que são considerados como “marcos iniciais” para a construção de alternativas de prevenção e controle da epidemia não exclusivamente biomédica, mas com múltiplas intervenções. Isso é importante porque diferentes abordagens debatidas ao longo do tempo foram regulamentadas nacionalmente para fundamentar e instrumentalizar a política em resposta à epidemia a nível nacional, que reverbera nos estados e municípios brasileiros.

Os documentos selecionados foram: Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica (2017); Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018); Cadernos de atenção básica 18: HIV/aids, hepatites e outras DST (2006); Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica (2017); Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids (2017); Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais,

trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (2017); Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional (2017); Kit HIV/Aids na Atenção Básica - Material para Profissionais de Saúde e Gestores - 5 passos (2017); Cinco passos para a elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/AIDS e hepatites virais (2017); 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica (2017); Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (2017); Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023 (2023); Boletim Epidemiológico HIV/Aids - Ceará (2023); Estatísticas UNAIDS Brasil (2024); Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2022-2025 (2022).

A análise destes documentos se deu para entender melhor as normas relativas ao planejamento e a atuação de gestores e trabalhadores na abordagem da Prevenção Combinada do HIV; à reorganização dos serviços de Referência (SAE/CTA); e às práticas de ampliação das abordagens preventivas levando em consideração elementos que tem no cerne a "conjugação de evidências científicas, base comunitária e garantia de direitos" (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020, p. 47). Estatísticas globais, dados oficiais dos boletins epidemiológicos nacional e local, além do mapeamento de serviços no Ceará e o Plano municipal de Saúde, foram outros objetos de análise que, somados aos manuais, foram selecionados para melhor compreensão sobre contexto epidemiológico e alternativas formais implementadas a nível nacional e local. Os documentos foram analisados pensando em uma caracterização normativa para contextualizar com a realidade prática.

3.3.2 Observação participante

Para além da análise documental, houve também a observação participante através de visitas aos equipamentos realizadas em diferentes momentos da pesquisa. Esse movimento viabilizou o conhecimento da dinâmica do serviço, da estrutura que recebe os usuários, localização, acesso e outros elementos. As visitas ocorreram antes e ao longo da etapa de coleta de dados, como técnica inclusive de aproximação do serviço e da equipe.

A observação participante, permitiu uma inserção nos equipamentos, possibilitando um acompanhamento da rotina de forma prática, muitas delas, não previstas dentro das normativas. Whyte (2005), traz uma série de desdobramentos que a observação participante pode ter dentro de uma pesquisa como: acesso à localidade e/ou ao grupo social

do estudo, informações “privilegiadas” sobre o funcionamento da rede, modos de organização e as “informalidades”, que geralmente não são explicitados em interações mais superficiais.

Apesar da observação participante ser mais comum em estudos etnográficos ou com populações de acesso “restrito” (WHYTE, 2005), nesta pesquisa a abordagem foi complementar uma vez que para compreender a implementação da Prevenção Combinada precisamos também entender suas práticas e interações com os usuários, com o serviço, com as normativas da política e entre os próprios burocratas.

Com o objetivo de identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV nos SAE, buscamos também informações disponíveis nos serviços de saúde sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento, para caracterizar a oferta de alternativas de prevenção seja pré ou pós infecção pelo HIV. Identificamos a quantidade de profissionais que fazem parte da equipe de atendimento, quais os tipos de profissionais que compõem as equipes e outros indicadores dos serviços saúde selecionados.

Esses dados possibilitaram a caracterização dos SAE e das estratégias de cada equipamento, considerando que os serviços têm diferentes arranjos, sejam eles de equipe ou de oferta dos métodos preventivos. A coleta foi realizada através do fornecimento de informações pelos equipamentos, e as entrevistas. Registros em diário de campo e diálogos informais também forneceram informações que complementam a etapa da pesquisa.

3.3.3 Entrevistas semiestruturadas

Informações sobre as práticas e desafios envolvidos na implementação da EPC-HIV foram possíveis por meio do contato com os interlocutores da pesquisa. Realizamos entrevistas com 16 profissionais de saúde e da assistência social que trabalham nos SAE. Inicialmente não foi estabelecido um número fixo de entrevistados, uma vez que pretendia-se realizar entrevistas até que houvesse um ponto de saturação, ou seja, momento no qual as informações úteis ao estudo estejam esgotadas (Gaskell, 2002; Macdougall; Fudge, 2001).

Porém no decorrer da coleta, percebeu-se que apesar da pesquisa estar sendo realizada nos SAE, cada um tinha suas próprias estratégias e sua própria composição de equipe, ou seja, não houve ponto de saturação das informações. Em alguns equipamentos foi possível entrevistar todos os profissionais do serviço e em outras, devido ao grande número, foram entrevistados pelo menos um profissional de cada categoria. Foram entrevistados no total: 6 médicos, 3 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2 psicólogos e 3 farmacêuticos.

Para recrutar os interlocutores, inicialmente foi marcada uma visita “informal” aos equipamentos para dialogar e apresentar a pesquisa. O encontro foi mediado pela coordenação de cada serviço, onde se estabeleceu o primeiro contato e levantamento de informações para a caracterização mínima de cada equipamento. Os coordenadores mostraram o espaço, os profissionais, as técnicas e métodos preventivos, e dialogaram sobre algumas dificuldades e experiências exitosas de cada serviço. Depois disso, as entrevistas com os profissionais foram agendadas. O Quadro 3 caracteriza o perfil de entrevistados:

Quadro 3 - Identificação e perfil dos entrevistados

SAE	Idade	Raça/Cor	Área de atuação	Identificação
SAE 5	60	Branca	Medicina/Infectologia	M1.SAE5
SAE 3	50	Parda	Enfermagem	E1.SAE3
SAE 5	55	Parda	Farmácia	F1.SAE5
SAE 4	35	Parda	Medicina/Infectologia	M1.SAE4
SAE 2	42	Branca	Farmácia	F1.SAE2
SAE 2	50	Parda	Enfermagem	E1.SAE2
SAE 4	41	Branca	Enfermagem	E1.SAE4
SAE 5	63	Branca	Serviço Social	S1.SAE5
SAE 4	27	Branca	Medicina/Infectologia	M2.SAE4
SAE 1	50	Branca	Medicina/Infectologia	M1.SAE1
SAE 4	57	Parda	Psicologia	P1.SAE4
SAE 1	27	Branca	Farmácia	F1.SAE1
SAE 4	42	Parda	Serviço Social	S1.SAE4
SAE 3	45	Parda	Medicina/Infectologia	M1.SAE3
SAE 5	44	Parda	Medicina/Infectologia	M2.SAE5
SAE 4	55	Branca	Psicologia	P2.SAE4

Fonte: elaborada pelo autor.

A Entrevista foi dividida em 5 blocos: a) dados pessoais; b) as abordagens de prevenção ao HIV, os processos, as condições e as relações de trabalho (para captar em que tipo de serviço o profissional está inserido, sua rotina, de que modo ele interage com a gestão, a equipe e os usuários que buscam esse serviço, além das percepções sobre a prevenção e quais ações que almejam a aproximação/acesso aos serviço); c) caracterização, perfil e demandas dos usuários (caracterização do perfil dos usuários, como acessam, que demandas

trazem e as questões sobre o estigma e a discriminação no serviço); d) as histórias de sucesso e fracasso (para os profissionais, a partir da sua atuação o que ele considera como história de sucesso e de fracasso em termos de prevenção e tratamento do HIV, as narrativas sobre situações e tomadas de decisão, que mudanças foram necessárias na prática de trabalho); e) as proposições para os fluxos de trabalho da prevenção combinada do HIV (com base na experiência de inserção no processo de implementação, o que pode ser melhorado/reformulado no contexto micro ao macro).

O instrumento de coleta utilizado foi um roteiro semiestruturado contendo 17 perguntas, conforme anexado no Apêndice 1 deste trabalho. No primeiro momento foi feita uma entrevista com o objetivo de testar o instrumento. O roteiro passou por algumas adaptações, pois percebemos a necessidade de introduzir novas perguntas para captar mais elementos importantes para a análise, considerando o referencial teórico adotado. Não estabelecemos tempo para os entrevistados discorrerem sobre o assunto que estava sendo abordado. Desse modo, algumas perguntas foram aprofundadas, por meio das *follow up questions*, ou seja, perguntas que solicitam do entrevistado uma resposta mais “detalhada” (Duarte, 2005; Legard et al., 2003; Gaskell, 2002; Rocha, 2021).

Em média, as entrevistas tiveram uma duração entre 30 minutos e 1 hora. Visando garantir a privacidade e o conforto dos participantes, as entrevistas foram realizadas em salas de reuniões ou dedicadas à pesquisa clínica, em consultórios que não estavam em uso e sala da coordenação do serviço. É importante que os participantes estivessem à vontade para discutir questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, sem interrupções externas e sem precisar se ausentar do local de atuação. Considerando a rotina de trabalho, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, evitando conflitos com os horários. Além disso, como mencionado, houve a solicitação prévia da permissão dos coordenadores dos equipamentos para liberação momentânea do trabalho durante a realização das entrevistas. Houve deslocamento do pesquisador para todas as unidades do estudo ao longo do período da coleta.

Como referencial teórico para identificar efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde na perspectiva dos profissionais, utilizamos a perspectiva de Maynard-Moody e Musheno (2003; 2012), que adotam a abordagem de análise sobre a atuação dos burocratas a nível de rua, denominando-as de *state-agent narrative* (narrativa de agente do estado).

Busca-se compreender as dinâmicas de poder e tomada de decisão em organizações públicas, especialmente aquelas que lidam com o fornecimento de serviços diretos à população. Maynard-Moody e Musheno (2003), entendem que a narrativa tem o papel de relatar sobre como as coisas realmente são. Ouvir e examinar as histórias do cotidiano do trabalho é a principal característica dessa abordagem. A condução da entrevista proporcionou desvendar os juízos e o modo como são feitos, levando em consideração a sua discricionariedade, ou seja, não se trata de captar discursos filosóficos, teóricos ou de justiça, mas interpretar de forma pragmática os atos, comportamentos e sobre como os burocratas compreendem e agem na sua vida profissional dentro da realidade dos SAE.

A análise verifica as ações e decisões a partir da perspectiva da discricionariedade/pragmatismo ou de agência, bem como a percepção de pertencimento à categoria de agentes implementadores de políticas, reconhecimento destes enquanto funcionários do governo, tensão entre as regras e normas institucionais e a (re)produção de desigualdades (Maynard-Moody; Musheno, 2003; 2012). Assim, foi possível identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV em serviços especializados de atenção à saúde, a partir de um contexto micro: a prática diária dos profissionais, dentro das limitações de cada serviço e de outros elementos que podem influenciar no processo de implementação.

3.4 Compilação e análise dos dados obtidos

Na etapa de análise documental todos os documentos foram analisados na íntegra, por meio da leitura e construção de fichamentos, contendo as principais informações que normatizavam o processo de implementação das estratégias de prevenção (equipes, estrutura física, oferta de estratégias, disponibilização de exames e medicações etc.). A perspectiva da análise documental foi fundamental para entender quais as principais normativas institucionais estabelecidas para construir um “serviço ideal”, que ao se relacionar com os dados empíricos, demonstraria potencialidades e lacunas no contexto prático de implementação.

Na observação participante, os diários de campo, as visitas e as conversas informais com profissionais e outros indivíduos, possibilitaram a caracterização dos serviços para além das entrevistas. Percebemos uma série de elementos tais como: perfil de usuários que frequentava cada serviço, que tipo de abordagem/relação os usuários tinham com o serviço e com os profissionais, redes formais e informais de atendimento/suporte na tentativa

de suprir demandas para além do HIV, significado e percepção dos serviços para os usuários. Outros pontos também são destacados com a observação: condições físicas da sala de espera e de atendimento, localização do serviço, fluxo de pessoas, capacidade de atendimento, relação com outros setores que não são exclusivamente voltados para o HIV, dentre outros.

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas e analisadas levando em consideração as categorias estabelecidas previamente, de modo a obter dados empíricos que dialoguem com o material documental e bibliográfico. Esse movimento oportunizou o desenvolvimento de uma explanação sobre os elementos obtidos de modo que supriram os objetivos propostos neste estudo. Quanto à organização, as entrevistas foram compiladas no *software* Atlas Ti, possibilitando a segmentação do conteúdo das transcrições em códigos e temáticas, estabelecendo também os fragmentos de interesse que dialogam com as categorias de análise, ou seja, a interação entre o teórico e o prático.

Algumas categorias teóricas foram utilizadas no trabalho para nortear a discussão. São elas: implementação (Lima e D'ascenzi, 2013; Barrett, 2004; Hill, 2004), burocratas a nível de rua (Lipsky, 2010; Lotta, 2015), *low-level decisions* e *policymakers* (Lipsky, 2010), grau de discricionariedade (Hill e Hupe, 2002; Lipsky, 2010), vulnerabilidade (Ayres et al., 2006; Muñoz Sánchez e Bertolozzi, 2007), e as estratégias e políticas preventivas ao HIV/Aids no Brasil (Almeida, Ribeiro e Bastos, 2022; Adamy, Casimiro e Benzaken, 2020; Calazans, Parker e Junior, 2023).

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Antes da realização das entrevistas, houve um convite prévio com explicações detalhadas aos convidados, elencando quais são os objetivos do trabalho e as condições de participação (voluntariado). Além disso, no primeiro momento foram destacados também: os procedimentos de coleta, benefícios, incentivos e a confidencialidade, onde houve ênfase às questões de sigilo e privacidade da identidade e dos dados fornecidos, além dos possíveis riscos e procedimentos decorrentes do estudo. Ao término de cada entrevista foi fornecido uma via física do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para autorização das informações que serão necessárias para a execução da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o entrevistado, como documento de registro que garante a participação durante o processo, fornece autorização e manifesta a concordância

na utilização dos dados no trabalho, destacando também a possibilidade de recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento.

Para a execução da coleta de dados, o projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC/PROPESQ), e pelos Comitês de Ética das seguintes instituições: Fundação Edson Queiroz - Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Centro Universitários Christus (UNICHRISTUS), Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter, Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC) e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS/COEPP). Após o parecer positivo de cada uma das instituições, foram fornecidas as anuências para realização da coleta de dados nos serviços selecionados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado a cada uma dessas instituições para fornecimento da anuência de pesquisa. Após todas as anuências em mãos, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, para que o percurso siga as normas que regulamentam todas as pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução no 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Após o parecer do CEP/UFC/PROPESQ, o projeto foi distribuído para todas as instituições coparticipantes, para só depois cada uma fornecer o parecer final para execução da pesquisa.

4 MUDANÇAS PRAGMÁTICAS EM 40 ANOS DE AIDS: O CONTEXTO DE DESAFIOS E A CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS

Antes da proposta de Prevenção Combinada do HIV, muitas transformações e mudanças em relação à prevenção do HIV/Aids podem ser destacadas. Que categorias de investigação são utilizadas na elaboração de respostas à epidemia? Este capítulo mostra que ultrapassamos a ideia de “grupos de risco” e do isolamento sanitário como alternativa de prevenção e controle. A vulnerabilidade e suas diferentes dimensões tornou-se uma perspectiva fundamental no processo de saúde-doença. Outra reflexão pertinente deste capítulo a discussão sobre paradigma de ser vulnerável ou estar vulnerável ao HIV, pressuposto que reformula toda uma lógica pragmática que fortalece a perspectiva biomédica e de controle. Trazemos as discussões em outros campos que trazem questões sinergicamente envolvidas com a epidemia: para além de viral, tem como característica desafios sociais, econômicos, culturais, políticos, educacionais, de acesso e garantia de direitos.

Diante dessas características, que mobilizações e reivindicações foram realizadas para a construção de uma agenda para a Aids? Como aconteceu essa formulação? Como o Estado brasileiro lidou com a epidemia? Que atores estavam envolvidos? Como aconteceu a implementação dessas alternativas? Essas e outras questões também serão alvo de enfoque nas próximas sessões, para que enfim possamos chegar ao conjunto de intervenções que temos atualmente e dialogar sobre elas. Como de busca mostrar, a Prevenção Combinada do HIV é mais uma das transformações que fazem parte da história da Aids e surge como proposta para almejar objetivos singulares na quinta década da epidemia, levando em consideração as lacunas que impedem até então o alcance de objetivos ambiciosos.

4.1 Pressupostos norteadores de investigação e construção de estratégias preventivas ao HIV/Aids: do risco à vulnerabilidade

A compreensão do surgimento de estratégias de prevenção e controle ao HIV/Aids exige-nos identificar os pressupostos e as categorias requeridas, bem como entender como elas norteiam a definição de uma política. Em primeiro lugar, é crucial destacar que a emergência da aids não desencadeou apenas desdobramentos no contexto social. No campo científico da saúde, diversas revisões e adaptações de alguns conceitos que até então eram

parte dos pressupostos nas pesquisas investigativas em problemas de saúde pública precisaram ser revisados.

Os primeiros apontamentos surgem sobre o conceito de “risco”, classificação constantemente aplicada pela Epidemiologia Clássica e que, durante um primeiro momento, foi utilizada a partir das noções de caráter probabilístico, que orientaram as atividades de intervenção em saúde durante o início da epidemia. O risco agrega uma concepção que caracteriza as “chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposibilidade a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico” (Muñoz Sánchez; Bertolozzi, 2007, p. 323). Aliás, o conceito necessitava de uma reavaliação, principalmente pelas limitações “objetivistas”.

O pressuposto do risco foi utilizado no cenário peculiar da Aids como uma ferramenta aplicada na tentativa de compreender algumas associações probabilísticas que apontaram os fatores de risco associados à nova doença. A investigação que tem como base os fatores de risco dispõe de procedimentos fundamentados na probabilidade, cujo propósito é identificar através dos estudos quais são as associações probabilísticas e estatisticamente relevantes. Além de trazer os aspectos acerca do processo de saúde-doença, também permite uma descrição das populações que estão sendo afetadas, destacando as características que poderiam estar relacionadas com o agravo (Ayres et al., 2006).

Uma vez que os estudos epidemiológicos possibilitaram identificar os segmentos populacionais que estavam adoecendo em maior número, a noção do risco acabou pressupondo uma condição fixa e identitária, na qual se reconhecia (até pelo próprio Centro de Controle de Doenças (CDC) em 1982) os “grupos de risco” para a infecção e adoecimento (Ayres et al., 2006). Esse conceito passou a representar os grupos com maiores chances de se identificar casos de aids em relação à população em geral.

O surgimento do conceito “grupos de risco” que estava sendo utilizado pela comunidade científica, proporcionou a apropriação dessa definição por outros atores que utilizaram esse pressuposto como respaldo para associar diretamente a aids à homossexuais, travestis, transexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Em grande medida, a partir dessa abordagem, a temática da aids começou a ser discutida pela sociedade. Isso reforçou diversas noções histórico-sociais sobre indivíduos, grupos, práticas e comportamentos discriminatórios e que desencadeiam situações de preconceito (Schaurch, 2004; Parker; Daniel, 2018).

Os supostos “grupos de risco” (gays, prostitutas e usuários de drogas) e suas “práticas” (homossexualidade, promiscuidade e uso de drogas), foram condenadas pela sociedade como as verdadeiras “culpadas” pela disseminação da AIDS no início da epidemia. A representação da infecção pelo HIV como “castigo”, acabou definindo “os vilões e as vítimas”, que compartilham o estigma do que a Aids representa (Rocha, 2021).

Antes mesmo das primeiras sensações de repúdio aos “grupos de risco”, é necessário destacar que havia uma ideologia higienista, como conta Trevisan (2018), que tentava regularizar o corpo, as emoções e a sexualidade das pessoas por meio de intervenções de vários níveis. Pairava uma ideia de controle relacionado às práticas sexuais (até mesmo entre heterossexuais), em que havia um dever comum de seguir as regras morais estabelecidas e caso o contrário: “o libertino era recriminado por ser expor às doenças venéreas, acarretando males tanto domésticos quanto sociais” (p. 169).

Inicialmente, assim como nos EUA, o Brasil também entendia a aids como doença que afetava apenas os “grupos de risco”, personagens que historicamente sofreram as represálias e que foram isolados e marginalizados por não terem as “condutas” desejáveis para viver em sociedade. É nesse aspecto onde o movimento homossexual organizado no final da década de 70, começou a se mobilizar novamente para o enfrentamento das repressões em função do preconceito e para exigir uma resposta do Estado que não encarava a “peste gay”, (Parker; Daniel, 2018), como problema de saúde pública.

A prevalência da aids entre homens que faziam sexo com homens, por exemplo, intensificou a discriminação contra a homossexualidade que já era vista como “maldita”. Em outras palavras, a ideia de “grupos de risco” facilitou um recorte que serviu para marginalizar aqueles que já estavam à margem da sociedade (Schaurich, 2004).

De certo modo, essa perspectiva que traça os grupos mais suscetíveis à infecção do HIV acabou legitimando essas problemáticas e até mesmo gerando o chamado “isolamento sanitário”, que implica em “estratégias” de abstenção sexual e auto restrição de doação de sangue para aqueles enquadrados nessa concepção de coletivos mais afetados, mesmo que não infectados com o vírus (Ayres et al., 2006).

Com a percepção das controvérsias em torno da definição de grupos de risco, Ayres et al. (2006) apontam a utilização de um novo conceito que surge a partir dos estudos interdisciplinares entre epidemiologia, psicologia social e a educação, denominado “comportamento de risco”. O novo sentido de “risco”, que antes era focado em grupos, agora apresenta uma série de condutas e práticas que podem expor as pessoas à infecção pelo HIV,

possibilitando além da operacionalização de técnicas preventivas em resposta à epidemia, um aspecto de “universalização” da preocupação com a aids (Ayres et al., 2006).

De fato, algumas práticas podem oferecer um risco acentuado ou reduzido de exposição a uma infecção pelo HIV, mas novamente as limitações da categoria “risco” passam a atribuir a potencial responsabilidade individual, de modo a culpabilizar aquele que está infectado em função de seu comportamento. Com relação à possibilidade de transmissão do vírus por meio de contato sexual, estabeleceram-se hipóteses que exteriorizam uma “culpa” aos infectados. Isso se deu basicamente pela conexão entre se tratar de uma doença tão grave, sem cura e baixo controle, e a prevalência “apenas” em indivíduos que mantinham práticas ou pertenciam a condições sexuais marginalizadas socialmente (Parker; Aggleton, 2001; Rocha, 2021).

Se a questão higienista já apontava práticas homossexuais como incorretas, outras práticas também foram marcadas com a ascensão da aids, a ponto de alguns profissionais da saúde da época pressionarem os órgãos de saúde para tomar medidas com a “ênfase devida” e não apoiar as irregularidades que se traduziam nos atos sexuais “anormais” e nos vícios (Trevisan, 2018). O autor ainda ressalta que as práticas higienistas junto às questões de conservadorismo foram sem dúvidas grandes obstáculos para respostas de fato prudentes, pois regularmente era questionado quais eram as “prioridades da saúde pública”, o que causou atraso no repasse de verba do Estado para assistência a aids e outros métodos profiláticos de prevenção e controle (Trevisan, 2018).

Na verdade, se analisarmos a categoria “comportamento de risco” de forma mais densa, podemos perceber também que uma mudança de comportamento ou até a vigilância das práticas que pudessem oferecer “risco” não é condicionada apenas com base no esquema de “informação + vontade”, mas a fatores principalmente externos de natureza social, cultural, econômica, política e demais condições de desigualdade que vulnerabilizam no espectro individual e coletivo (Ayres et al., 2006). Através dessa presunção surge a necessidade de uma nova readequação conceitual e de uma análise mais precisa que partisse do pressuposto ser/estar vulnerável à infecção pelo HIV.

A categoria “vulnerabilidade” surge por sua vez devido à complexidade de fatores que podem estar relacionados à exposição de um indivíduo à infecção, que vão para além de “grupos” ou “comportamentos” de risco. Ela aponta principalmente as limitações de estudos epidemiológicos que estabelecem associações de probabilidade e distribuição das infecções na população de forma objetiva e mensurável.

Na verdade, variáveis como sexo, profissão, idade e práticas sexuais ainda permanecem importantes nas investigações epidemiológicas, possibilitando testes de hipótese. Entretanto, na abordagem de vulnerabilidade, outras metodologias de diferentes áreas do conhecimento acabam trabalhando conjuntamente numa perspectiva de análise bem mais ampla sobre o HIV/Aids, o que é inverso ao pressuposto da racionalidade analítica utilizada nos estudos de risco. A dinâmica da vulnerabilidade depende de diversos fatores e elementos abordados de forma sintética e agregada, objetivando compreender a complexidade desse fenômeno (Ayres et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade neste campo considera que diversos fatores podem influenciar no processo de saúde-doença dos indivíduos. O nível socioeconômico, o acesso à informação e aos serviços de saúde, como destacado pelas autoras Muñoz Sánchez e Bertolozzi (2007), por exemplo, podem potencializar ou diminuir a vulnerabilidade das pessoas. Partindo desse pressuposto, as doenças e situações adversas da vida seriam também distribuídas de maneira diferente entre indivíduos, grupos e regiões, e que estes aspectos também se relacionam com condições sociais como a pobreza e o nível de escolaridade.

As discussões acerca da vulnerabilidade ganharam espaço nos estudos mais recentes. Isso permite apresentar propostas de renovação em termos de investigação em saúde, e auxilia no entendimento das necessidades específicas de cada indivíduo e seu contexto. Alguns dos resultados se expressam na incorporação de práticas de saúde e cuidado que não partem de pressupostos exclusivamente biomédicos e epidemiológicos, posto manter constante diálogo com o campo das ciências sociais e humanas. É a partir daí que os saberes práticos no que dizem respeito à saúde também ganham abertura para pesquisas interdisciplinares, que tem como objetivo fomentar novas práticas em contextos diversos (Calazans; Pinheiro; Ayres, 2018).

Buscando superar o estigma e a discriminação sobre indivíduos, grupos, práticas e condutas, a vulnerabilidade na discussão sobre HIV/Aids emerge na perspectiva de reavaliar e reconceituar as tendências que até então eram trabalhadas levando em consideração perspectivas individualistas. De fato, o comportamento individual pode ser compreendido como um “determinante final da vulnerabilidade”, porém o foco das ações não deve ser direcionado somente nesse contexto, uma vez que não seriam suficientes para o controle da epidemia (Ayres et al., 2006). Assim, passa-se a considerar de forma mais extensiva os diferentes contextos de exposição ao HIV, desmistificando associações que a princípio eram “exclusivas” a alguns segmentos sociais.

Mas afinal, como uma categoria tão ampla como a vulnerabilidade pode ser trabalhada e aplicada nas pesquisas levando em consideração os processos de infecção e adoecimento? Além disso, como poderíamos subsidiar a elaboração de estratégias e políticas que visem a proteção e prevenção dos agravos em saúde com relação ao HIV/Aids? Tendo em vista esse aspecto, Ayres et al. (2006), apontam que existem três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática.

A primeira dimensão diz respeito a questões próprias do cotidiano de cada um dos indivíduos, como as condutas, práticas sexuais, uso de drogas, a qualidade de informações sobre métodos preventivos, o acesso aos serviços de saúde e de prevenção, e demais outros aspectos que fazem parte da rotina de forma individualizada. A princípio, essa camada se desdobra com base na ideia de que todas as pessoas são vulneráveis a se infectar com o HIV e reflete de que modo poderíamos utilizar artifícios de forma subjetiva para proteção e prevenção frente aos diferentes tipos de exposição ao vírus (Ayres et al., 2006).

Prosseguindo, a segunda dimensão parte de condições que não podem ser resolvidas apenas levando em consideração um contexto individual, posto que as pessoas estão inseridas em diferentes conjunturas da sociedade. Crenças, aspectos culturais, políticos, socioeconômicos e ético-morais podem influenciar, portanto, diretamente na vulnerabilidade individual. Problemas estruturais como o racismo, a desigualdade de gênero, a discriminação por orientação sexual, além de pretextos religiosos, jurídicos e governamentais seriam outros exemplos de configurações que podem se relacionar com cenários de infecções e adoecimento. Ainda assim, é importante ressaltar que os aspectos sociais são fundamentais na investigação do processo de saúde-doença, sendo justificado por uma série de fatores que são incorporados no conceito de vulnerabilidade (Ayres et al., 2006).

Enfim, temos a dimensão programática da vulnerabilidade, segmento que será fundamental para entender os desdobramentos de estratégias e políticas de prevenção do HIV atuais. Nela se considera que os indivíduos estão inseridos em uma lógica ao qual várias instituições sociais possuem papel pragmático em nossa dinâmica social. Assim sendo, essas instituições de certo modo acabam influenciando as relações e a forma como as pessoas se organizam, seja individualmente ou em coletivo. Sociologicamente, alguns exemplos de instituições são a escola, a família, a igreja e o Estado, sendo esta última uma das mais vitais em termos de planejamento, execução, regulação e manutenção das políticas públicas (Ayres et al., 2006).

Segundo Ayres et al. (2006), essa dimensão programática é importante devido ao papel de intermédio das instituições que se baseiam especialmente em saúde, educação e cultura e de que forma elas podem influenciar nos parâmetros preventivos, levando em consideração os sujeitos e os seus respectivos contextos sociais aos quais estão inseridos. Pensar numa vulnerabilidade programática possibilita a percepção de estratégias e recursos de qualidade que propiciam uma superação da vulnerabilidade no espectro individual e coletivo, garantindo empoderamento e autonomia em casos de exposição a um agravo, neste caso, o HIV. Além do mais, essa dimensão possibilita trabalhar os elementos e as circunstâncias desfavoráveis que afetam a vulnerabilidade das pessoas em diferentes proporções.

As autoras Muñoz Sánchez e Bertolozzi (2007, p. 321), reforçam ainda que o aspecto programático permite uma “avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, bem como o grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção”. Em outras palavras, essa noção da importância que as instituições têm no papel de fornecer simultaneamente abordagens no âmbito da saúde e principalmente da educação, de modo que reduzam as vulnerabilidades sobre os diferentes tipos de exposição, contribuem consideravelmente para superação de diversos problemas de saúde pública que necessitam de outras alternativas de intervenção que não sejam exclusivamente individuais.

O HIV/Aids é uma temática que perpassa diversos âmbitos quando pensamos em estratégias para reduzir incidência e prevalência de casos entre a população ou em segmentos que ainda são desproporcionalmente afetados pela epidemia, visto que, mesmo com sofisticadas tecnologias de prevenção e tratamento, os indicadores ainda demonstram que o agravo acomete um número relevante de pessoas no Brasil e no mundo. A dinâmica social em si torna o problema da Aids algo muito mais complexo do que outras enfermidades, e é claro que algo complexo exige ainda mais esforços para alcançar os objetivos almejados e a superação de obstáculos durante esse caminho (Calazans, Parker, Junior, 2023).

Isso significa dizer que se existe uma questão programática que pode influenciar nas ações e alternativas que possibilitam reduzir a vulnerabilidade em contexto individual e social, essa dimensão deve estar em constante debate. Torna-se importante realizar avaliações das atividades e intervenções sanitárias implementadas. Quando partimos desse pressuposto, entendemos que diversos setores estatais têm uma relação direta não só com a elaboração, mas de compromisso com a implementação e manutenção de políticas públicas de

prevenção e controle da epidemia no Brasil. Desse modo, em seguida veremos aspectos importantes sobre a construção da política pública brasileira para HIV/Aids.

4.2 HIV/Aids: da ascensão como problema à especificação de alternativas governamentais

As primeiras alternativas em resposta à epidemia da Aids surgem em um panorama marcado pela conjuntura de reestruturação de aspectos políticos, econômicos e sociais, como o período de redemocratização após a ditadura militar, em meio a reforma sanitária na década de 1980 que estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação da Constituição Federal de 1988 (CF-88), momento que estabelece o acesso aos serviços de saúde como direito universal. Apesar da política brasileira anos mais tarde ter reconhecimento internacional, como já foi ressaltado no texto, muitas transformações e reivindicações foram necessárias para a formulação, implementação e ampliação das estratégias em resposta à aids pelo Estado (Parker; Daniel, 2018; Monteiro; Villela, 2009; Almeida; Ribeiro; Bastos 2022).

Em AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (2018), Richard Parker e Herbert Daniel, trazem uma série de problemáticas comuns durante os primeiros anos da epidemia no Brasil. Havia a ideia de que os doentes em decorrência da aids se diferenciavam dos doentes de todas as outras enfermidades, justamente devido a dura realidade de incurabilidade da doença e o diagnóstico considerado uma sentença de morte, solidificando construções de associações discriminatórias e estigmatizantes. Com a prevalência de casos entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e outras pessoas que estavam em condições precárias de vida, a marginalidade foi rapidamente fortalecida e associando esses indivíduos à contaminação, contágio e perigo, tornando-as um alvo de medos irracionais (Daniel; Parker, 2018).

Essa caracterização de “marginais, sujas, e imorais” somados a diversas discussões sociais sobre indivíduos, práticas e comportamentos que não eram socialmente aceitos, tiveram como reflexo, a minimização da gravidade da epidemia pelo governo brasileiro (Parker; Daniel, 2018). ONGs como a ABIA, denunciavam o descaso:

“... incorpora a grande maioria dos funcionários próprios ou terceirizados da administração pública mundial: são todos os professores, policiais, assistentes sociais, profissionais de saúde, profissionais dos serviços carcerários, das agências de atendimento, das agências de serviço social e encaminhamento para o emprego. São todos aqueles que, cotidianamente, interagem com os usuários dos serviços entregando serviços e políticas públicas” (Lotta, 2019; Lipsky, 2010).

Sobre este cenário, Monteiro e Villela (2009) apontam a importância do processo de correlação de forças com o objetivo de enfrentamento da doença, como as articulações políticas, econômicas e sociais que operavam na busca de alternativas para uma resposta concreta visando frear o avanço da doença no país. Esse processo de articulação entre o governo e a sociedade civil inclusive foi responsável pela introdução da política de prevenção ao HIV/Aids na agenda governamental e resultando posteriormente numa resposta a nível institucional (Monteiro; Villela, 2009).

Considerando a perspectiva de Kingdon (1995) sobre construção de agendas em políticas públicas, as autoras identificaram dois importantes elementos para a agenda política relacionada ao HIV/Aids. O primeiro deles é a emergência da Aids enquanto problema de saúde pública e, conseqüentemente, o levantamento de estratégias e alternativas que envolveu não apenas especialistas no assunto, mas também diferentes atores da sociedade civil.

Os movimentos sociais foram cruciais para a conquista da criação desse programa, que mais tarde resultou também no surgimento de outras políticas de apoio¹², como o fornecimento das medicações para tratamento. Mesmo antes da situação atual, alguns grupos formados por ativistas que lutavam pelos direitos da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (na época chamado de movimento homossexual), se reorganizaram para o enfrentamento não só de uma problemática de preconceito relacionado com suas identidades e orientações sexuais, mas conseqüentemente por se tornarem sinônimo da síndrome (Contrera, 2000; Rocha, 2021).

Já com base em Seibel (2005), as autoras apontam que os processos de constituição e elaboração de uma agenda pública teria algumas fases que são parte desse percurso: 1) o desenredo de uma demanda que originalmente tinha um caráter particular e posteriormente se torna uma questão pública; 2) a visibilidade pública, que incorpora a opinião e interesses públicos; 3) o reconhecimento político posterior às mobilizações que solicitam esforços sobre o tema; 4) por último, a formulação de processos de decisão e gestão de demandas de políticas públicas, além de sua estrutura e os atores envolvidos nesse processo (Monteiro; Villela, 2009).

¹² Correntes políticas/estatais de forma consonante estabelecem políticas sólidas e conseqüentemente resultados mais precisos e efetivos (Monteiro, Villela, 2009; Kingdon, 1995).

A sociedade civil¹³ organizada teve papel fundamental na organização e na formulação dessa política, partindo de pressupostos como o direito à saúde (garantido pela CF-88) que orientaram e influenciaram na configuração e estruturação do Programa de aids. Profissionais da saúde durante os primeiros anos da epidemia, passaram então a fazer reuniões com a “comunidade gay”, com o propósito de alertar sobre o crescimento da epidemia e discutir alguns métodos de prevenção. As reuniões começaram a receber a presença de muitas pessoas, inclusive de ativistas que também começaram a trabalhar a temática fora desses encontros, com seus próprios grupos de amigos, parceiros e organizações que participavam (Canto, 2019).

Após diversas reuniões, profissionais e ativistas tiveram a iniciativa de criar uma ONG de base comunitária para auxílio à população, nesse contexto, em 1985 surgiu o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) em São Paulo, e a ABIA no Rio de Janeiro. Essa relação entre diferentes atores sociais e políticos demonstram a importância do papel da sociedade civil (formada por profissionais, acadêmicos, movimento LGBT, pessoas que foram afetadas pela epidemia, familiares, ativistas etc.) através de uma participação concreta de organização que exigia a introdução da aids como parte de uma agenda política, que como situado por Kingdon (1995) consiste em inicialmente uma listagem de temáticas que as autoridades governamentais entendem como de interesse, e, conseqüentemente, a escolha de algumas das alternativas que fazem parte da conjuntura de respostas possíveis de aplicação.

Aqui se parte do entendimento de que as políticas públicas são resultado dos processos e demandas que se empenham para garantir e atender reivindicações, seja de grupos específicos, seja de forma mais ampla para os setores da sociedade. Durante os primeiros anos de epidemia da aids, diversos outros contextos para além de cura e de tratamento estavam em debate e é importante destacar que eles se relacionavam diretamente com as perspectivas de controle e prevenção do agravo.

Podemos destacar: 1) a marginalização de segmentos que eram mais acometidos pela epidemia como homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas trans (sujeitos que tinham comportamentos e práticas historicamente discriminadas pela sociedade); 2) o estigma e a discriminação semelhantes a hanseníase, no sentido de se tratar de um agravo

¹³ Historicamente diversos atores sociais têm papel fundamental na reivindicação nos mais variados setores, sejam eles econômicos, sociais e políticos. Após a década de 1960 a participação social ganha novas características que manifestam a atuação e intervenção diretamente ligada desses agentes nas atividades públicas. O princípio da democracia torna-se alvo de reivindicação, e esse movimento fortalece as organizações que atuam pressionando o Estado, exigindo desenvolvimento de ações com o objetivo de promover o Bem-Estar social.

a saúde que inicialmente teve intervenções invasivas e segregacionistas, como o isolamento sanitário e o 3) contexto de democratização marcado pelo movimento sanitário e progressista que visava uma série de transformações em prol da saúde da população (Parker; Daniel, 2018; Monteiro; Villela, 2009).

Em tese, a política de aids não deveria ser focalizada somente no tratamento dos que estavam doentes, mas principalmente construir estratégias de prevenção, trabalhar a partir de ações sem bases violentas e segregacionistas, atuando também contra o estigma e as discriminações das populações impactadas diretamente pela epidemia. Além dessas características, era fundamental ter como plano de fundo um cenário de avanços nos direitos humanos e à saúde baseadas nas diretrizes do SUS. Mais do que uma atenção do Estado, a formulação de uma rede em quase todo território nacional que trabalhava em prol dessa pauta, atuava diretamente pelo fim do preconceito, discriminação e do próprio estigma, categorias que foram amplamente reproduzidas devido a repercussão dos primeiros anos (Parker; Daniel, 2018).

Monteiro e Villela (2009) apontam que esse terreno fértil serviu para o surgimento de articulações que não dependiam apenas do apoio técnico e financeiro, mas estabeleceram uma relação estratégica entre a sociedade civil organizada e o Estado, gerando a implantação de medidas e instrumentos contrários às problemáticas que foram destacadas anteriormente. Isso também contribuiu para a criação do Programa Especial de Aids e do Programa Global de Aids, em 1986, que trouxe novas perspectivas e reforços para a resposta à aids ao redor do mundo e, principalmente, na América Latina, contexto que acabou fortalecendo o Programa Nacional brasileiro.

É somente em 1985, cinco anos após a primeira notificação de aids no Brasil, que o país estabelece diretrizes visando o controle da epidemia através da Portaria nº 236, do Ministério da Saúde, de 2 de maio de 1985. Nela se estabelecia a coordenação a nível nacional através de ações de vigilância epidemiológica da SIDA ou Aids. Também nessa norma se determinou as medidas de prevenção da SIDA ou Aids no país e estipulava as linhas básicas para operacionalização das ações de investigação e controle da síndrome. A operacionalização dessa estratégia foi inicialmente atribuída à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Monteiro; Villela, 2009; Brasil, 1985).

Essa análise preliminar da construção do programa nacional em resposta à epidemia de HIV/Aids aponta uma política que foi criada em um contexto delicado de

transformações em diversos setores no país, mas que ao mesmo tempo demonstram movimentações da sociedade civil, numa perspectiva de defender e exigir do estado a garantia de direitos, seja como prevenção, seja como tratamento. A mobilização foi responsável por essa movimentação entre as diferentes esferas e teve papel importante no processo de tomada de decisões estatais (Contrera, 2000; Parker; Daniel, 2018).

Acadêmicos, técnicos, autoridades, intelectuais, profissionais da saúde, ativistas e grupos historicamente marginalizados se envolveram diretamente nesse momento de reivindicação. Esse movimento gerou uma estreita relação com sujeitos governamentais, para elaborar uma agenda de formulação precisa com capacidade técnica e outras demais competências que versavam esses dois campos (Monteiro; Villela, 2009). É importante ressaltar que a participação de atores como profissionais, acadêmicos, ONGs, sociedade civil e outros elos ainda é bastante presente no contexto atual.

Estudos apontam que a dinâmica da política de aids brasileira passa por mudanças¹⁴. A política de AIDS torna-se singular não somente pela questão da presença de modelos de coalizão, mas como uma política que se equipara a alguns modelos presentes no setor da saúde de controle de epidemias, que estão constantemente debatendo variadas abordagens, embates e interesses em arenas políticas através da mediação desses atores. A dinâmica de relação entre grupos, sejam eles do setor público ou privado, afetam diretamente a definição, implementação e manutenção das estratégias, uma vez que há uma percepção a partir de diferentes frentes que firmam o compromisso de pôr fim à aids (Monteiro; Villela, 2009).

Almeida, Ribeiro e Bastos (2022), caracterizam as coalizões em três grupos predominantes: 1) engajamento social (sujeitos, grupos, ONGs e sociedade civil); 2) força governamental (Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde); 3) parcerias internacionais (Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde). Esses grupos intencionam formas diferentes de tomada de decisão, impulsionando o que cada coalizão entenderá e procurará implementar como estratégias para subsídio da política pública (Weible; Sabatier; Mcqueen, 2009). Apesar de que ainda apresentem abordagens e estratégias distintas, os segmentos têm

¹⁴ As mudanças ocorrem uma vez que em seu plano de fundo existe um Modelo de Coalizões de Defesa (MCD), ideia construída a partir de diversos estudos e revisões teóricas acerca de políticas públicas ao longo dos anos que considera “coalizões de defesa como um conglomerado de atores sociais que se unem a partir de crenças similares, a depender do grau de coordenação; sistema de crenças, um conjunto de valores, ideias e objetivos e/ou posicionamento que auxiliam na formação de uma coalizão de defesa; e subsistema de política, um conjunto de atores sociais com atuação em determinado escopo geográfico que traduzem suas crenças em questões de política” (Sabatier, 1988; Almeida, Ribeiro, Bastos, 2022, p. 839).

ao mesmo tempo o objetivo em comum de controle da epidemia e promover a saúde no espectro individual e coletivo (Vicente; Calmon, 2011).

O MDC permite uma análise com base no conjunto de atores, um subsistema de políticas que podem influenciar diretamente nas decisões. Os subsistemas devem considerar modificações a partir de eventos exógenos e endógenos, que respectivamente são acontecimentos estáveis e dinâmicos, ou que ocorrem no âmbito onde são gerados programas e políticas. No caso da Aids, o sistema é composto de diferentes estratégias definidas no processo de disputa, baseando-se no contexto de competição nas coalizões, que têm esse papel de produção das políticas. Durante esse processo, os fatores exógenos e endógenos surgem como disparadores do processo político, sendo eles associados a uma conjuntura mais ampla ou se relacionando institucionalmente com outras dinâmicas (Weible; Sabatier; Mcqueen, 2009; Almeida; Ribeiro; Bastos 2022).

Como fatores exógenos os autores destacam: 1) pânico moral (uma das características-chave nesse processo, com relação às tomadas de decisão); 2) desigualdades sociais (diferentes contextos sociais e econômicos que afetam diretamente populações mais vulnerabilizadas, sendo destacada com um elemento de constante tensionamento político); 3) estigmatização do preservativo (grupos conservadores que entendem o uso ou promoção do uso de preservativos como incentivo a relações sexuais de forma precoce para jovens e promíscua quanto aos homossexuais e profissionais do sexo); 4) normas comportamentais (solicitação de exame Anti-HIV de forma obrigatória para exercer funções ou admissões no local de trabalho); 5) aumento do número de casos em mulheres, crianças e hemofílicos (situação que gerou “universalização” da aids e mudança da opinião pública sobre pressupostos discriminatórios e estigmatizantes de associação da aids a determinados segmentos sociais); e 6) pauperização da epidemia (transformações socioeconômicas no curso da doença que redefinam seus padrões de agudo para infecção de condição crônica) (Almeida; Ribeiro; Bastos 2022).

Já os fatores exógenos, podemos destacar: o período de redemocratização do país pós-ditadura militar (contexto de reestruturação política, econômica e social, além de alterações na mudança de padrões institucionais) e a construção do SUS (conjunto de sistemas e políticas a nível macro, que estabelecem estratégias de promoção e garantia do direito à saúde, onde o Estado tem papel fundamental nesse processo). Mesmo com os movimentos de coalizão, as primeiras ações implementadas ocorreram através de um contexto local e singular de cada região, sendo São Paulo o primeiro estado brasileiro a iniciar um programa de

resposta à aids diante do contexto de negligência do Ministério da Saúde com relação a aids (Brasil, 2023), que é apontado nos estudos com um papel secundário na elaboração dessas estratégias.

Almeida, Ribeiro e Bastos (2022), enfatizam os principais marcos que surgiram através do MDC no campo da aids, subdividindo em 4 eixos: 1) controle de acesso aos medicamentos (adoção de medidas terapêuticas, campanhas internas, acesso e distribuição de medicamentos de forma gratuita e universal, implementação da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e do PCDT); 2) licenciamento compulsório (interesse público sobre fármacos utilizados no tratamento do HIV como efavirenz, lopinavir e ritonavir); 3) incentivos financeiro a ações em resposta à aids (financiamento, captação de recursos, ampliação de incentivo financeiro e custeio para as ações); e por último 4) direitos e benefícios das PVHA (benefícios trabalhistas, proteção e dignidade dos direitos humanos, auxílio doença e direito a aposentadoria, criminalização de condutas discriminatórias).

Esses marcos foram fundamentais para o alicerce da política brasileira que, como já foi mencionada anteriormente, destaca-se internacionalmente pelas suas estratégias de acesso universal. Apesar desses avanços, ainda hoje podemos notar a movimentação¹⁵ de processos de coalizão que impulsionam e exige do Estado cada mais vez a elaboração de diretrizes que trabalhem não somente na perspectiva biomédica e farmacêutica, mas entendendo que a aids também é um problema de saúde pública complexo, uma vez que historicamente se relaciona com outros desafios na dimensão social e estrutural. A seguir aprofundaremos as questões que complexificam a epidemia de HIV/Aids no Brasil.

4.3 Epidemia social e epidemia viral: aspectos que fazem do HIV/Aids um problema de saúde pública

Há um panorama global, nacional e regional, que caracteriza uma “epidemia viral” persistente, apesar dos esforços internacionais de prevenção e tratamento. O cenário epidemiológico aponta indicadores ainda elevados não só de novas infecções pelo HIV, mas de notificações de mortalidade em decorrência da aids. O Programa Conjunto das Nações

¹⁵ “Novas demandas políticas foram introduzidas nas arenas de debates. As coalizões se fortaleceram politicamente e grandes esforços foram feitos em direção a políticas farmacêuticas mais abrangentes e inclusivas, bem como o fomento contínuo às inovações terapêuticas. Reconhecido por suas políticas de acesso universal a medicamentos para PVHA, o Brasil ganhou lugar de destaque no cenário mundial da luta contra a doença” (Almeida; Ribeiro; Bastos 2022, p. 844).

Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) estima que, em 2023, cerca de 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV e pelo menos 630 mil pessoas morreram devido a complicações relacionadas à aids. Quanto ao número de novas infecções, a quantidade de recém diagnosticados é em torno de 1,3 milhão de pessoas no mesmo ano. Na América Latina, só em 2021, foram registrados mais de 120 mil casos de infecções por HIV, dados que a demarcam como a 5ª maior região com notificações na escala global (UNAIDS, 2024).

Quanto às notificações de novas infecções pelo vírus e óbitos em decorrência da aids, há uma diminuição¹⁶ do percentual de novas infecções no contexto global. Vale ressaltar que os números ainda são elevados mesmo após a inserção das diferentes tecnologias e estratégias de prevenção e da implementação da Terapia Antirretroviral (TARV), que melhorou e aumentou respectivamente a qualidade e expectativa de vida das Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV).

No Brasil, de 2007 até junho de 2023, foram notificados 489.594 casos de HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sendo 104.251 (21,3%) na região Nordeste. Só em 2022, foram diagnosticados um total de 43.430 novos casos, onde 11.414 (26,3%) estão distribuídos nos estados do Nordeste, região que ocupa o 2º lugar no ranking epidemiológico do país. Quanto aos casos de aids, em 2022 ocorreram cerca de 36.753, resultando em uma taxa de detecção de 17,1/100 mil habitantes. Além disso, entre 2018 e 2022, o Nordeste aparece em destaque, ocupando o 2º lugar na notificação de casos da síndrome, com uma média equivalente a 8,6 mil registros de aids ao ano (Brasil, 2023).

No contexto do estado do Ceará, entre janeiro de 2014 até outubro de 2023, foram registrados cerca de 17.582 novos casos de HIV. Do total de notificações de HIV, 13.532 (77,0%) foram registrados na Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Fortaleza (Ceará, 2023). É importante destacar que durante toda a série histórica do agravo, a taxa de detecção de infecções pelo HIV na região de Fortaleza permanece consecutivamente superior à taxa de detecção de todo o estado do Ceará, contexto que revela uma grande concentração de infecções nessa região.

O boletim aponta que houve cerca de 9.783 ocorrências de aids, com uma média de pelo menos 970 casos novos da síndrome nos últimos 10 anos. Entre 1983 e outubro de 2023, foram notificados 25.044 casos de aids em adultos, 455 notificações em menores de 5

¹⁶ Dados estatísticos demonstram uma redução de 68% de mortes relacionadas à AIDS desde o pico em 2004 (2 milhões), e de 52% desde 2010 (1,4 milhão); e para casos de HIV uma redução em 54% desde o pico, em 1996 (3,2 milhões) e de 32% em 2010 (2,2 milhões) (UNAIDS, 2023).

anos de idade em todo estado. O Ceará teve uma taxa de detecção de 7,5/100 mil habitantes no ano de 2023. Já entre 2014 e 2023, houve 3.377 óbitos em decorrência da aids, com cerca de 330 óbitos por ano (Ceará, 2023).

Tanto os boletins do país e do estado, como a base de dados do UNAIDS enfatizam que a redução das notificações em 2020 e 2021, não devem ser consideradas como precisas. O período registra um declínio geral de informações, dado um contexto de subnotificação. Essa redução é principalmente devido ao cenário pandêmico da COVID-19, que exigiu múltiplos esforços para conter o avanço da doença na população, situação que acabou sobrecarregando os serviços de saúde e afetando diferentes políticas e estratégias de prevenção de outros agravos à saúde, que impactam no número real de notificações do HIV/Aids no Brasil e no mundo (Brasil, 2023; Ceará, 2023; UNAIDS, 2024).

Os dados caracterizam o Brasil como um país que, apesar dos esforços, ainda possui estatísticas elevadas quando se trata do HIV/Aids. É importante frisar ainda que com base na Lei nº 8080, os aspectos epidemiológicos são relevantes para “estabelecer prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (Brasil, 1990).

É fundamental destacar que a epidemia de HIV pode ser entendida também como uma “epidemia social” (Calazans; Parker; Junior, 2023), ou uma “terceira epidemia”, nos termos de Daniel e Parker (2018), quando argumentam a existência de um contexto que caminha na direção de uma conjuntura problemática que gira em torno do preconceito e da discriminação. Ou seja, além do cenário epidemiológico que evidencia ainda elevado número de infecções e adoecimento em decorrência da síndrome, a estigmatização do HIV/Aids amplifica os impactos de discriminação, reforçando os sistemas de exclusão e desigualdades sociais. Isso reforça a necessidade de uma abordagem não unicamente médica ou biomédica, mas interdisciplinar e de interesse social (Aggleton; Parker, 2015).

As representações negativas como resultado do estigma relacionado ao HIV ainda atravessam gerações e mantêm algumas questões engessadas, que impactam diretamente no curso da epidemia. Os desdobramentos sociais fazem com que essa temática perpassasse outras óticas, havendo a necessidade da inclusão de um ponderamento político sobre a sexualidade, as práticas sexuais e as moralidades. A dinâmica requer também principalmente o fortalecimento de políticas e estratégias de prevenção e controle, com a elaboração de respostas integradas, inclusive com a base comunitária, na perspectiva da garantia de direitos (Calazans; Parker; Junior, 2023).

As duas faces do HIV/Aids, enquanto epidemia “viral” e “social”, constroem uma conjuntura de alta complexidade, cujas respostas não devem se resumir apenas em redução de notificações. Desse modo, faz-se necessário o levantamento de alternativas que podem ser utilizadas para almejar objetivos desejáveis, tal como erradicar a Aids, que no momento está longe de ser atingido (Calazans; Parker; Junior, 2023). Reforça-se a importância da ascensão de estratégias para qualificar a comunicação e a implementação de tecnologias e políticas públicas de prevenção, controle e tratamento do HIV/Aids (Kerr; Mota; Kendall, 2012).

Com a mudança das categorias que agora consideram o contexto de vulnerabilidade à infecção e a dinâmica composta de desafios epidemiológicos e sociais, é necessário um conjunto de elementos voltados para lidar com esses desafios. Veremos a seguir as discussões que caracterizam a construção da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV no país. As alternativas são baseadas em evidências científicas e podem abranger uma série de áreas, como promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, acesso a medicamentos, educação, serviços de suporte e redução do estigma e da discriminação associados ao HIV. Considerando a discussão proposta veremos no próximo capítulo os resultados e discussão do estudo.

5 A IMPLEMENTAÇÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

A análise documental, a observação participante e conversa com interlocutores da pesquisa, possibilitaram um diálogo entre a perspectiva teórica e prática, contando principalmente com diferentes profissionais ‘burocratas a nível de rua’ e suas visões diversificadas sobre o tema (Duarte, 2005). A partir dessa abordagem metodológica captamos elementos que são relevantes para a pesquisa. Isso porque buscou-se uma diversidade nas fontes de dados, característica essencial para desenvolvimento da análise. Com relação às entrevistas, a variabilidade de profissionais que são agentes implementadores em diferentes equipamentos e práticas de atuação nos serviços de atenção ao HIV/Aids, representam uma pluralidade de informações em potencial que agregaram a análise (Rocha, 2021; Macdougall; Fudge, 2001; Gaskell, 2002).

As entrevistas concederam um material denso para a investigação, por meio de um mergulho que aborda o modo como cada um dos sujeitos se percebem dentro de sua realidade, permitindo descrever aspectos como a lógica que é estabelecida no interior do grupo e as relações que se presidem entre eles (Duarte, 2004). Os dados trouxeram categorias fundamentais para discutir a implementação a partir das interações, as condições e as estruturas de trabalho.

É importante destacar que mesmo com um norte sobre as categorias a partir do referencial teórico e de interesse dos estudos sobre o processo de implementação, outras categorias surgiram a partir da análise. Temos então: 1) Caracterização dos SAE e da Prevenção Combinada; 2) Biomedicalização da proposta de prevenção; 3) As equipes, práticas de trabalho, fluxos de assistência e as interações (ações dos atores, como e quais atividades são executadas dentro do serviço); 4) Lacunas nos serviços de saúde (barreiras na estrutura, na organização, na gestão, nos recursos humanos, na oferta das estratégias de prevenção etc.); 4) A rede formal e informal de cuidado na prevenção e tratamento do HIV/Aids (como os SAE se organizam e se articulam com outros pontos da rede assistencial); 5) Percepção sobre alternativas frente ao modelo, estratégia, políticas e programas de prevenção ao HIV de cada serviço; 6) O grau de discricionariedade na atuação e na tomada de decisão dos profissionais dos SAE); e 7) Categorização de usuários fáceis e difíceis, as histórias de sucesso e fracasso.

Esses elementos e as demais categorias de análise surgiram também no processo investigativo que estabeleceu uma estrutura para compreender as perspectivas de cada ator no processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV. Os métodos de coleta e de análise lançaram luz sobre as experiências dos burocratas com a estratégia, sobre como esses agentes percebem e sentem as ações por eles desenvolvidas e demais outros fatores identificados (Patton, 2002).

5.1 Aspectos gerais da implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV no Brasil

Há diferentes paradigmas de abordagens estratégicas de prevenção do HIV/Aids. Em um primeiro momento, ainda na década de 1980, prevaleceu a noção de grupos de risco, responsabilização das pessoas sem analisar densamente os determinantes e condicionantes sociais no processo de infecção. A partir da década de 1990, ampliou-se uma abordagem voltada para o comportamento, maior veiculação de informações e os determinantes sociais relacionados com a epidemia - analisados de forma sutil. Mais recentemente com o surgimento das categorias “populações-chave e prioritárias”¹⁷, há um foco em trabalhar prevenção levando em consideração estratégias biomédicas, comportamentais e estruturais, onde os métodos baseados em ARV como a PrEP e a Profilaxia Pós-exposição (PEP) são incluídos como alternativas no processo de implementação da estratégia de prevenção combinada (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020).

Nessa última perspectiva, no Brasil, novas ações de controle e prevenção foram incorporadas no alicerce das Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids, que geralmente operaram por meio de abordagens de base biomédica, comportamental e estrutural de forma simultânea. A dinamicidade da epidemia do HIV/Aids exigiu um planejamento mais efetivo que considerasse a ‘conjugação de evidências científicas, base comunitária e garantia de direitos’ (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020, p. 47). Assim sendo, as diretrizes nacionais de Prevenção Combinada têm como plano de fundo a consolidação da estratégia Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), juntamente com o esquema “Testar e

¹⁷ Populações-chave e prioritárias respectivamente são: “segmentos populacionais que apresentam prevalências desproporcionais quando comparadas à população em geral”, e “segmentos que apresentam vulnerabilidades aumentadas devido a situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais” (Brasil,2017).

Tratar”¹⁸ e a meta 90-90-90¹⁹, estabelecida pelo UNAIDS, em 2014, como marco político e institucional. As novas diretrizes partem do pressuposto que várias intervenções devem ser utilizadas de forma conjunta para a prevenção e redução de exposição não só ao HIV, mas também as outras IST e as HV.

Segundo as normativas a estratégia de Prevenção Combinada do HIV também busca: aumentar a sensibilização das pessoas ao risco de exposição; apresentar métodos preventivos que reduzam a possibilidade de infecção; e amplificar ações voltadas para as controvérsias de base estrutural, que impactam no nível de vulnerabilidade das pessoas não só em termos de contato com o agravo, mas também na dificuldade de acesso às políticas públicas específicas de promoção da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSR), além de outros desafios que se relacionam com a epidemia no país (Brasil, 2017).

Fazem parte dessas abordagens: a prevenção da transmissão vertical; tratamento para todas as pessoas que vivem com HIV (suprimir a carga viral até que se torne indetectável, onde o indivíduo torna-se intransmissível ($I = I$), não havendo transmissão do HIV em relações sexuais) (UNAIDS, 2018; GIV, 2021); Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-exposição (PEP) (tratamento com antirretrovirais que impedem a infecção do HIV no organismo, seja antes ou depois da exposição ao vírus); Redução de danos (levando em consideração que o uso de drogas²⁰ é uma das práticas que vulnerabilizam as pessoas quanto exposição ao HIV); Imunização para Hepatites e HPV; uso consistente do preservativo interno e externo junto ao lubrificante; testagem e aconselhamento regular para HIV, Hepatite Virais e outras IST; e o diagnóstico e tratamento precoce de pessoas infectadas com as IST e as HV (Brasil, 2017).

É possível dizer que o modelo atual de prevenção do HIV/Aids estabelecido, busca superar a ideia focalizada sobre o preservativo externo (popularmente conhecido como camisinha) como único método de prevenção. Essa conjunção busca também se dedicar à redução de diferentes condições de vulnerabilidade que vão para além do espectro individual

¹⁸ O “Testar e Tratar” foi uma estratégia adotada para almejar a meta de redução da transmissão do HIV, e para trazer simultaneamente benefícios pessoais e para a Saúde Pública (Beloqui, 2020).

¹⁹ A meta acordada em 2016, na Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Fim da AIDS, almejava até 2020 que 90% das pessoas deveriam saber seu estado sorológico; 90% das que soubessem, estivessem em tratamento ininterrupto com a TARV; e 90% das que estavam em tratamento atingissem a carga viral indetectável (supressão viral), interrompendo a transmissão sexual do vírus (UNAIDS, 2016).

²⁰ Um estudo comparativo de comportamentos relacionados ao risco de infecção utilizando dados de duas Pesquisas Nacionais de Vigilância Biológica e Comportamental, em 2009 e 2016, mostra que apesar da redução entre HSH do uso de álcool mais de 4 vezes por mês (de 34,6% para 24,2%), e do uso excessivo de álcool mais de uma vez por mês (de 47,4% para 27,3%), o uso de drogas ilícitas e outras substâncias aumentaram (de 42,6% para 48,4%) (Guimarães et al., 2018).

e comportamental. Ou seja, parte-se do pressuposto de que nenhuma intervenção de forma isolada seria suficiente para evitar novas infecções. Espera-se que com essa nova estratégia haja uma redução significativa de novas infecções não só entre a população em geral, mas principalmente para as populações-chave como os *gays* e outros HSH; as pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadores sexuais. Além disso, a estratégia visa alcançar também outros segmentos tais como as populações prioritárias que também são mais vulneráveis à infecção do que a população em geral (Brasil, 2017).

O surgimento da Prevenção Combinada do HIV como parte das estratégias nacionais no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, de acordo com Adamy, Casimiro e Benzaken (2020), possibilita o planejamento e a implementação de novas abordagens e técnicas em saúde em função da luta contra a epidemia do HIV/Aids (BRASIL, 2017). Nesse aspecto, além do reforço e expansão dos parâmetros nacionais de prevenção ao HIV já existentes, introduziu-se novas tecnologias que levam em consideração as devidas especificidades e vulnerabilidades de cada indivíduo diante das exposições (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020).

Essas expectativas estão baseadas em algumas evidências. Estudos como HPTN 052 (Cohen et al., 2012), PARTNER (Rodger et al., 2016) e *Opposites Attract* (Bavinton et al., 2017), por exemplo, identificaram que quanto mais cedo o início da TARV com adesão correta, mais cedo as pessoas atingem a supressão viral, evitando assim a transmissão do vírus. Dados do CDC (2019), demonstram ainda que a ingestão oral da PrEP diariamente (7 pílulas por semana) ou de pelo menos 4 vezes por semana, fornece uma proteção estimada de 99% contra infecções pelo HIV (Grant, 2014; Liu, 2015; McCormack, 2015; Volk, 2015; Marcus, 2017) e que o uso do preservativo todas relações sorodiferentes, em que um vive com HIV e outro não), tem cerca de 80% de eficácia entre homens e mulheres heterossexuais; de 72 - 91% nas relações de anal receptivo entre HSH; e de 63% para anal insertivo entre HSH (Weller, 2002; Smith, 2015; Johnson, 2018). Para além desses estudos científicos de eficácia e efetividade das intervenções biomédicas, a Prevenção Combinada do HIV é incorporada principalmente levando em consideração a mudança de paradigma na resposta brasileira à epidemia.

Quanto à oferta dessas alternativas, um estudo comparativo entre diferentes países que possuem sistemas universais de saúde, focado na estrutura das políticas públicas em resposta ao HIV, dentre eles Austrália, Canadá, Suécia e Reino Unido, identificou que o Brasil

é o país que melhor apresenta dados consolidados sistematicamente, assim como é o que mais incorpora medidas efetivas alinhadas às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) na abordagem do agravo. O Estado brasileiro adota recomendações como: a testagem ampliada do HIV; do uso de antirretrovirais (ARV) de primeira linha (Dolutegravir e Raltegravir) para o tratamento da infecção; testagem para a carga viral de rotina de forma integral, além de outras ferramentas que fazem com que o país seja destacado no estudo como um padrão de referência internacional (Campos et al., 2021).

Ademais, os sistemas de monitoramento brasileiro também são identificados como fundamentais e refletem uma sofisticação na notificação sobre as condições de saúde da população. O país conta também com Sistemas de informação em saúde que monitoram a resistência aos medicamentos antirretrovirais (genotipagem); o número de indivíduos na adesão e retenção da TARV; o painel de monitoramento da PrEP; bem como a notificação de mortes individuais relacionadas ao HIV/Aids e notificação compulsória de novas infecções (Campos et al., 2021).

Essas e outras características apontam para a consolidação de uma política pública de resposta e controle ao HIV/Aids no Brasil, inclusive sendo uma referência para outros países. As estratégias e configurações elucidadas acontecem devido ao planejamento estratégico que o país tem, onde se objetiva ampliar as políticas públicas voltadas principalmente para a promoção da saúde da população, pensadas e ofertadas no SUS (Heidemann, et al., 2018; Campos et al., 2021).

5.2 Tecendo redes diversificadas: a organização e funcionamento dos SAE em Fortaleza

Os Serviços de Atendimento Especializados (SAE) foram implantados a partir de 1994 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de vincular e manter pessoas diagnosticadas com HIV em um serviço que oferecesse uma abordagem integral a partir de uma equipe multiprofissional, que incorpora além do atendimento médico, a assistência farmacêutica e psicossocial para os usuários (Silva, 2007). Para além do acompanhamento, as normativas também definem outras ações como oferta de diferentes métodos preventivos do HIV, testagem, aconselhamento, redução de danos e outros segmentos pactuadas com a gestão regente, de forma descentralizada (Brasil, 2013).

No Ceará, os SAE foram implementados a partir de 2009, onde o panorama do atendimento aos casos de HIV em Fortaleza começou a mudar significativamente. Até então,

o cuidado aos diagnosticados era centralizado em quatro SAE municipais e no Hospital São José, sob gestão estadual. Entre 2010 e 2013, o município de Fortaleza deu um passo importante no processo de descentralização da rede de atenção ao HIV, iniciando em 2006 a implementação de mais cinco novos SAE (Brasil, 2024). Essa expansão buscou distribuir o atendimento, até então concentrado no Hospital São José, para diversas unidades. Atualmente como vimos, o estado do Ceará conta com 34 serviços especializados de atenção ao HIV/Aids, sendo 13 localizados no município de Fortaleza, dentre eles há diferentes tipos de administração (Ceará, 2024).

Em 2017 há a incorporação da Profilaxia Pré-exposição ao HIV para os serviços de atendimento especializado em todo Brasil e a PEP foi adotada pelo país em 2004, passou a ser utilizada como estratégia complementar em 2010, e posteriormente após reorganização, em 2015 passou a ser recomendada para utilização em todos os tipos de exposição ao vírus (inclusive sexual consentida) (Brasil, 2017). Ao analisarmos a implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV nos SAE em Fortaleza, observou-se a diversidade em relação à estrutura e práticas. Existem diferentes arranjos organizacionais associados à administração do serviço e ao papel que exerce no sistema de saúde local, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids.

Serviço	Instituição				
	SAE 1	SAE 2	SAE 3	SAE 4	SAE 5
Ano de Início	2012	2010	2002	1996	2009
Equipe mínima	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Quantidade de profissionais	2	5	2	19	4
Horário de funcionamento	Seg. a Sex. 07:30h às 11:30h 13:00h às 16:30h	Seg. a Sex. 8h as 11:35h 13:35h as 17h	Seg. a Qui. 13h às 17h Sex. 8h às 12h	Seg. a Sex. 7h às 17h	Ter. Qui.Sáb. 7h às 19h
Forma de acesso	Livre demanda	Livre demanda	Regulação	Livre demanda	Regulação
Vinculação institucional	Universidade Privada	Universidade Privada	Hospital Federal	Equipamento Municipal	Hospital Municipal
Cobertura Territorial	Local	Local	Estadual	Estadual	Local
Localização	Regional II	Regional VI	Regional III	Regional I	Regional V

Fonte: elaborada pelo autor.

Dois SAE (1 e 2) compõem clínicas escolas de Instituições de Ensino de Saúde (IES) privadas com prestação de serviço para o SUS. Os dois funcionam como serviço de atenção a pessoas que vivem com HIV, sem regulação da gestão municipal e estão inseridos em equipamentos que possuem outras especialidades, facilitando o atendimento integral dentro do próprio serviço sem a necessidade de realizar encaminhamentos: “Eles não são regulados, eles são agendados, têm direito a fazer a inter-consulta aqui dentro, de outros serviços especializados que forem solicitados porventura” (E1.SAE2). O SAE 1 se destaca por ser uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e o SAE 2 segundo relato dos entrevistados, foi o primeiro do município a incluir o profissional de enfermagem na equipe multidisciplinar²¹, que antes contava apenas com médicos infectologistas.

Os dois ofertam atendimento farmacoterapêutico, modelo que olha particularidades dos usuários, e se distancia da abordagem unicamente de recolhimento das receitas e dispensação de medicamentos presentes no contexto hospitalar. Neles há uma preocupação com a redução de gastos e investimentos, o que pode afetar a qualidade/funcionamento dos serviços: “Nós somos uma instituição privada, então se o governo não paga pelo atendimento psicológico, como é que eu posso exigir um psicólogo só pro SAE? Tem que ter retorno financeiro” (F1.SAE2).

No SAE vinculado a um hospital universitário federal de administração indireta (SAE 3), caracteriza-se por ser retaguarda assistencial aos usuários com seguimento prévio em outras especialidades, sem demanda espontânea. Como tal, em contraste com a classificação organizacional do equipamento, há certo estranhamento: “aqui não é SAE né, aqui é um hospital terciário que tem a especialidade de infectologia” (E1.SAE3). O modelo de organização é complexo: recebe pacientes por meio da regulação da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo referência de usuários diagnosticados com HIV de outros serviços e níveis de atenção especializada, como reumatologia, ginecologia e obstetrícia, clínica médica etc.; realiza dispensação da PrEP somente para parceiros de pessoas que vivem com HIV vinculadas ao serviço; não realizam testagem para HIV como demanda espontânea, somente dentro do protocolo da PrEP.

Os SAE municipais (SAE 4 e SAE 5) com administração direta precisam do suporte especializado de outros pontos da rede assistencial. Eles são referência para usuários

²¹ Com base na Portaria n° 1, de 16 de Janeiro de 2013, a equipe mínima de um SAE deve ser composta por pelo menos o Médico clínico treinado e/ou infectologista; Enfermeiro; Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem; Assistente social e/ou Psicólogo (Brasil, 2013).

testados em unidades de APS, mas também fazem testes, quando necessário. Porém no momento da pesquisa o SAE 5 estava com a testagem suspensa e sem conseguir admitir novos usuários devido à sobrecarga de acompanhamento.

Embora geridos pelo município, existem particularidades entre eles. O SAE 5 é o único que funciona aos sábados, com a intenção de garantir maior acesso às pessoas que vivem com HIV: “esse é um SAE um pouco atípico, porque em Fortaleza é o único que funciona aos sábados... muitos deles, eles trabalham a semana toda e o único dia disponível é o sábado” (M1.SAE5), “a estratégia do sábado, ela é muito boa, a gente atende 40 pessoas às vezes no sábado” (S1.SAE5). A ampliação do horário de atendimento com a inclusão de um plantão das 7h às 19h aos sábados, por exemplo, auxilia no acompanhamento, vinculação e garantia de acesso ao serviço para pessoas que vivem com HIV. Essa estratégia criada e implementada, possibilitou que os usuários pudessem comparecer às consultas, tendo como desdobramento a redução do abandono do tratamento e o absenteísmo no local de trabalho.

Por sua vez, o SAE 4 atua de forma integrada a um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município. Dentre os serviços do estudo, o SAE 4 é o que tem maior suporte em termos de estrutura, fluxos, força de trabalho e oferta das estratégias de Prevenção Combinada (com fluxos bem definidos, oferta 8 das 9 estratégias).

Foi observado uma predominância de intervenções biomédicas e comportamentais, com tímidas experiências estruturais de enfrentamento ao estigma. Há centralidade nas profilaxias medicamentosas (PrEP e PEP) e no uso de preservativos. Observa-se, também, uma lacuna significativa no conhecimento dos profissionais de saúde a respeito de estratégias de redução de danos. A ausência da implementação dessas práticas na assistência é por vezes atribuída à escassez de recursos e outros elementos que serão pontuados.

As estratégias de prevenção ao HIV/Aids implementadas nos SAE variam substantivamente. Alguns serviços adotaram a maioria das ações previstas no desenho da estratégia, e outros limitam-se a um número reduzido. Isso pode inviabilizar a proposta original das estratégias de prevenção combinada, na qual devem ser utilizadas de forma simultânea para proteger da exposição ao vírus (Brasil, 2017). Além disso, apontaram também lacunas históricas na estrutura, período de funcionamento e gerência formal, ou seja, em geral, os serviços apresentam uma quantidade mínima de recursos que são básicos para ofertar assistência (Melchior et al, 2006). O Quadro 5 apresenta as tecnologias de prevenção disponíveis em cada equipamento:

Quadro 5 – Caracterização das estratégias regulamentadas de Prevenção Combinada do HIV em cada SAE.

Serviço	Serviço de Atenção Especializada					*OBS.:
	SAE 1	SAE 2	SAE 3	SAE 4	SAE 5	
Testagem para HIV, IST e HV	X	-	X*	X	X**	*Dentro do segmento PrEP **Articulação com outro SAE
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)	X	-	X*	X	-	*Para parceria de PVHIV que faz acompanhamento no serviço
Profilaxia Pós-exposição (PEP)	-	-	-	-	-	Nenhum serviço oferta
Prevenção de transmissão vertical	-	-	X*	X**	-	*Recebe pacientes da MEAC **Acompanha no início da gestação
Imunização HBV e HPV	-	X	-	X	X*	*Articulação com outro SAE
Redução de danos	-	X	-	X	-	Ressaltado no aconselhamento
Diagnóstico de HIV	X	X	X*	X	X	*Dentro do segmento PrEP
Distribuição de preservativos/lubrificante	X	X	X	X	X	Alguns serviços não dispõem de gel lubrificante
Tratamento para HIV	X	X	X	X	X	Vinculação, mas por diferentes portas de entrada
Total de estratégias	5	5	6	8	5	-

Fonte: elaborado pelo autor.

O SAE 1 realiza dispensação da PrEP, inclusive esquema sob demanda (2+1+1). A indisponibilidade de dispensação de PrEP no SAE 2 foi justificada por inadequação aos objetivos educacionais e interesses da instituição. Uma explicação nos apresentada para o SAE 3 não fornecer testagem para HIV e outras IST sob demanda espontânea é a impossibilidade de seguimento dos possíveis usuários diagnosticados, sendo restrito aos usuários de PrEP. No SAE 5 a testagem e a imunização para Hepatite B e HPV são articuladas com outro SAE (não abordado neste estudo) que está instalado temporariamente no mesmo equipamento, devido a uma reforma na unidade.

Todos os serviços ofertam coleta de exames de carga viral e CD4, e nenhuma unidade analisada realiza dispensação de Profilaxia Pós-exposição (PEP) para exposição sexual consentida e violência sexual. Nesses casos, é realizado o encaminhamento para a

emergência de serviço de alta complexidade, o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

Partindo desses achados, problematizamos o cenário no qual alguns serviços implementam a maioria das ações, e outros limitam-se a um número reduzido, é possível afirmar que pode inviabilizar a efetividade das estratégias de prevenção combinada, pois o princípio da proposta é justamente que a utilização de ações de forma simultânea é fundamental para a proteção da exposição ao vírus (Brasil, 2017; Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020).

Existe a necessidade de fortalecer a implementação das diretrizes nacionais e de adaptar as estratégias às especificidades locais (Monteiro; Brigeiro, 2019). Uma vez sendo equipamentos que operam em gestão descentralizada, são previstas tomadas de decisão de incluir arranjos e ações que não necessariamente cumprem todos os objetivos, regras e metas desenvolvidas pelos formuladores e esperados pelas normativas (Hill, 2005; Barrett, 2004). Uma explicação para isso é o fato de os SAE funcionarem numa configuração descentralizada, de forma a aumentar a capacidade de decisão local, o que reforça a relevância da discricionariedade, elemento apontado como fundamental em estudos de implementação (Ferreira; Medeiros, 2016; Maynard-Moody; Musheno, 2015; Berk, Galvan; Hattam, 2013).

Esse contexto é comum, de acordo com estudos de avaliação de Serviços de Atendimento Especializado para HIV/Aids, que apontaram outras dificuldades como a provisão de medicamentos não-antirretrovirais, profilaxias e exames de alta complexidade (Melchior, et al, 2006).

Ainda sobre a dificuldade de instituir um número maior de estratégias de prevenção em alguns serviços, importante considerar que a literatura aponta que a oferta de ações preventivas, especificamente os testes para HIV e outras ISTs no Brasil, apresenta desafios (Calazans; Parker; Terto Junior, 2023; Adamy, Casimiro; Benzaken, 2020; Parker, 1997; Kerr; Mota; Kendall, 2012).

Apesar da importância de um diagnóstico precoce para o tratamento eficaz do HIV, nem todos os serviços de saúde, incluindo os especializados, oferecem as duas modalidades de testagem recomendadas: a tradicional, realizada em laboratórios, e a rápida, com resultados em poucos minutos. A Prevenção Combinada prevê inclusive informações chave sobre prevenção, redução de danos, autocuidado e autogestão durante a abordagem pré e pós-testagem (Brasil, 2017). Essa falta de padronização na oferta de exames dificulta o acesso à saúde e a identificação de casos. A testagem, o atendimento de IST e a PEP são

frequentemente oferecidos de forma isolada, o que dificulta a continuidade do cuidado (Wolffenbüttel, 2018). A testagem e o aconselhamento são estratégias chave na prevenção do HIV, pois contemplam além do resultado, uma abordagem de extensão do cuidado seja o teste positivo ou não (Kerr; Mota; Kendall, 2012).

5.3 PrEP e PEP

O aumento de equipamentos que dispersam a PrEP é uma das questões mais frisadas, se ofertam ou não a intervenção: “a procura é muito grande pelo que eu percebo, porque muita gente vem aqui, mas não tem tanta oferta, sabe? De locais que atenda” (F1.SAE1).

Aparece como consenso que o número de unidades que disponibilizam a Profilaxia não é suficiente para a demanda da população:

“a gente tem uma dificuldade de ter novos pacientes porque a demanda já está realmente muito alta, de PrEP a gente tem em torno de 300-400 pacientes, então a demanda é muito grande pra gente que somos duas infectologistas” (M1.SAE1).

No SAE 3 que possui uma regra restrita de dispensação diferente dos demais, a oferta também é afetada pela quantidade de usuários e número de profissionais que atendem essa demanda:

“Era pra ser uma demanda espontânea tá? Mas como a gente não tem suporte para muita gente, só tem uma médica, tá mais fechado certo? A gente vai abrindo as exceções porque já tem muita gente, aí o hospital não tem suporte né, para pegar mais gente pra PrEP” (E1.SAE3).

Há ainda a proposta de descentralização da PrEP no município, a partir da ampliação de oferta nas UAPS, visando o fortalecimento da prevenção também na APS “O paciente que quer fazer PrEP, ele podia fazer no posto, no posto de saúde mesmo, perto da sua casa pra pessoa não ter que se tacar pra outro canto mais longe pra fazer” (M2.SAE4).

Uma das profissionais propõe ainda a extensão de especialidades que possam prescrever e ofertar a PrEP no âmbito da APS “a PrEP mesmo assim, na minha opinião era para ser feita era no posto de saúde, porque é preventivo... não seria necessário ser só com o infectologista” (E1.SAE3).

Ainda no contexto de ampliação do segmento PrEP, outra profissional aposta no atendimento de telemedicina para as consultas e solicitação de exames, sendo necessário o deslocamento do usuário apenas para a realização dos exames obrigatórios que fazem parte do protocolo e retirada da medicação em outros pontos da rede de atenção:

“a possibilidade de fazer por telemedicina, que eu acho que essa é uma grande vantagem, ele viria só pegar a medicação onde fosse mais próximo da casa dele, a gente precisa facilitar o acesso do paciente” (M1.SAE1).

Pelo exposto, podemos considerar ainda ser presente um cenário de uma biomedicalização da resposta à epidemia de HIV, fenômeno que envolve a predominância de soluções biomédicas para reduzir as chances de infecção pelo HIV em detrimento de abordagens estruturais e sociais, que levam em consideração a vulnerabilidade, que se relaciona diretamente em termos de exposição ao vírus (Monteiro; Brigeiro, 2019; Aggleton; Parker, 2015). Há um deslocamento das políticas de prevenção, que antes tinham uma visão mais abrangente e interdisciplinar do problema, para um paradigma que contempla as intervenções biomédicas, como o uso de antirretrovirais, a Profilaxia Pré-exposição) e a Profilaxia Pós-exposição (Calazans; Parker; Junior, 2023).

É inegável que o surgimento dessas intervenções foram e ainda são essenciais para ampliação das estratégias preventivas individuais, porém a disponibilidade das “novas abordagens” não é suficiente para resolver a complexidade da epidemia. Ou seja, a efetivação de respostas efetivas depende também de reconhecer as especificidades estruturais e sociais envolvidas principalmente no contexto local (Monteiro; Brigeiro, 2019; Kippax; Stephenson, 2012).

A PEP caracterizada como uma medida de urgência não está presente na rotina dos SAE. Há diversas críticas à centralização do PEP em um hospital de referência estadual. Os profissionais dos serviços têm conhecimento sobre a estratégia, porém ao receber uma demanda de exposição durante o acolhimento, apenas realizam o encaminhamento para utilização da estratégia em outro ponto da rede. As críticas não se resumem apenas na ausência da intervenção dentro do arranjo de abordagens do SAE, mas também em outros equipamentos de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município. A centralização da prescrição e avaliação entre médicos também foi apontada como uma lacuna:

a PEP distribuída, mas não centralizada só no São José, que querendo ou não hoje não tem sentido... alguma pessoa vir de Aracoiaba, fazer uma PEP no São José, a pessoa de uma maternidade do interior da ‘pedra lascada’, tem que se tacar pro São José de madrugada para fazer uma PEP por exemplo, um profissional ou uma pessoa que se expôs, teve uma relação desprotegida recorrer a isso, ele podendo as vezes ta do lado de uma UPA, ou de uma UBS, ou de uma policlínica... eu acho que a gente tinha que descentralizar isso, até a PEP do médico, isso pode ser feito por enfermeiro, o PCDT é auto explicativo sabe? E pode ficar um médico infectologista de *standby*, sobre aviso para tirar dúvida” (M1.SAE3).

Para além da centralização, identificamos preocupações quando à baixa disseminação de conhecimento da PEP para o público geral. O desconhecimento sobre as EPC-HIV pelos usuários emerge como um problema na visão dos profissionais. Existem situações em que os próprios usuários destacam que caso tivessem acesso às informações necessárias para a utilização do esquema pós-exposição, não estariam infectadas com HIV:

“a PEP você não vê, você não escuta, não há informação correta, se fala no uso de preservativo, mas isso, é como eu estou lhe dizendo, é algo pessoal, já a PrEP e a PEP, não, é uma questão de informação, tanta gente que chega aqui e eu digo “Olha, você sabe que existe né uma profilaxia após exposição?”, “não, eu não sabia. Se eu soubesse eu teria usado e provavelmente não tivesse contraído, não estaria sendo tratado pelo HIV.”. Então, acho que falta aí... É onde a gente esbarra nas políticas, na gestão, de realmente fazer essa informação chegar a quem deve, principalmente às populações mais vulneráveis, que a gente realmente não chega” (S1.SAE5).

Importante, contudo, destacar que a medicalização é um importante suporte para o cuidado e controle da epidemia, mas não deve resumir a abordagem de prevenção dos serviços (Brasil, 2017; Aggleton; Parker, 2015). Nos SAE, percebemos a centralidade nas profilaxias medicamentosas (PrEP e PEP) e no uso de preservativos, contexto que vai numa direção diferente do esperado se considerarmos a dinamicidade da epidemia, que se relaciona com as questões de vulnerabilidade social. Novamente, é importante destacar a necessidade de avançar em respostas que não centralizem as práticas de saúde com pressupostos exclusivamente biomédicos e epidemiológicos, mas que levem em consideração o contexto social do cotidiano (Calazans; Pinheiro; Ayres, 2018).

A utilização prioritariamente de alternativas biomédicas, sem o acompanhamento das demais ações de base comportamental e estrutural, não incumbe a abordagem simultânea de múltiplas intervenções em segmentos populacionais. Isso significa dizer que existem fragilidades na implantação da Prevenção Combinada. Por certo, gerir comportamentos de

risco e a medicalização ainda não foram ultrapassadas em sua hegemonia. Ainda é preciso avançar para atender questões de base estrutural e atuar na vulnerabilidade, que impactam na redução/aumento da exposição ao HIV (Aggleton; Parker, 2015).

Uma preocupação é a redução de programas e ações na dimensão estrutural está ocorrendo em detrimento do fortalecimento de um modelo de resposta biomédico, clínico e centrado nos médicos (Monteiro; Brigeiro, 2019). Essa conjuntura inclusive também faz parte do modelo de abordagem curativa. Desse modo concordamos com outros autores e reforçamos a importância do fortalecimento e resgate das ações e programas de prevenção “mais antigos” (redução de danos, pedagogia da prevenção (Gavigan et al, 2016), abordagem social e comunitária, integração com o movimento social, percepção de exposição ao vírus, etc.), para serem combinados com as “novas tecnologias” (PrEP, PEP, Autoteste, etc.) para que de fato os objetivos propostos na Prevenção Combinada sejam almejados (Monteiro; Brigeiro, 2019; UNAIDS, 2020; Brasil, 2017, Adamy, Casimiro, Benzaken, 2020).

Nesta direção, identificamos iniciativas que buscam intervir na dimensão estrutural e comportamental. Exemplo disso é a realização de ações de educação em saúde para a comunidade como abordagens de prevenção, “A gente precisa, não é que a gente deve, a gente precisa trabalhar educação em saúde. Isso é necessidade” (M1.SAE4).

Complementando essa estratégia, reconhece-se a necessidade de trabalhar diretamente com a prevenção da infecção e não somente a abordagem curativa e de medicalização atribuído aos SAE que acompanham pessoas diagnosticadas:

“... que a gente pudesse ter condições de participar mais de outras coisas para além do SAE, por exemplo, eu me lembro, não sei se ainda existe, mas existia um trabalho nas escolas, né? Com os adolescentes, falando realmente sobre a questão da prevenção do HIV, das doenças sexualmente transmissíveis... fazer um trabalho mais educativo, mais voltado realmente pra prevenção de informação sobre essa mandala aqui, que é maravilhosa. Que a gente pudesse realmente trabalhar muito mais a nível de prevenção, nível preventivo, do que de nível curativo. A gente tá aqui como tratamento, mas a gente não pode deixar o olhar da prevenção” (S1.SAE5).

A educação em saúde, treinamentos técnicos e atualizações para a equipe também foram apontadas como alternativas para otimizar a prática e abordagem dos profissionais, bem como qualificação para realizar a ampliar as técnicas e estratégias de prevenção do HIV nos SAE:

“É um gargalo que precisa ser melhorado, o próprio treinamento da equipe, porque

apesar do serviço ser muito antigo, os profissionais, eles estão sempre rodiziando... a gente tem seleção pública que fica um ano ou dois anos, então quando toda a equipe já tá ciente, já estudou, já leu o protocolo, já aprendeu, e sai, então o tempo inteiro tem pessoas novas” (E1.SAE4).

“Mais formação continuada no geral, às vezes pedem que a gente participe de algum curso, alguma coisa dentro do horário de trabalho, não tem como porque a gente não é dispensado para isso... então acaba não tendo” (P2.SAE4).

Mesmo com os desafios, muito se avançou nas estratégias para o enfrentamento do HIV ao longo das últimas décadas, tanto em termos biomédicos quanto na formulação de políticas de saúde, a exemplo da Prevenção Combinada (Brasil, 2017; UNAIDS, 2020). Esses avanços contribuíram significativamente para a redução da mortalidade, o controle da transmissão do vírus, e a melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

5.4 Equipe, processos de trabalho e fluxo de assistência nos SAE

Os participantes do estudo também pontuam desafios na garantia de um cuidado multiprofissional, relatando equipes incompletas: “Falta o resto da equipe multi” (M2.SAE5), “o que eu sinto mais falta no ambulatório é a questão da equipe multi” (M1.SAE3).

A política prevê uma equipe multiprofissional para abordagem da prevenção e acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Cada uma das categorias profissionais tem um papel na linha de cuidado da pessoa que vive com HIV, bem como na captação, acolhimento, abordagem e oferta das diferentes estratégias de prevenção, biomédicas ou não (Brasil, 2013; Brasil 2018). Sem os profissionais adequados para cada função, pode haver a sobrecarga de funções, inclusive impossibilitando a realização de ações de educação em saúde, campanhas, produção de materiais educativos e desenvolvimento de atividades educativas em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), questões encontradas neste estudo.

Sobre a escassez de profissionais nas equipes, especialmente psicólogos e assistentes sociais nos SAE analisados, observamos um cenário de dificuldades em garantir o suporte psicossocial. Em contexto no qual o perfil dos usuários que acessam os serviços revela vulnerabilização social com serias situações de estigma e discriminação em função do diagnóstico de HIV/Aids.

A escassez de profissionais e a intensa rotatividade na força de trabalho dos serviços impacta diretamente nas estratégias de prevenção ofertadas, na capacidade de

atendimento das pessoas para vinculação ao tratamento do HIV, como também nas próprias funções e abordagens profissionais importantes para um olhar integral ao usuário (Schaurch; Coelho; Motta, 2006). Esses fatores ainda incidem na qualidade da assistência, na vinculação com os usuários e famílias e na oferta de tecnologias de prevenção ao HIV, ainda que haja os investimentos necessários preconizados pela política nacional em resposta ao HIV (Monteiro; Brigeiro, 2019).

Há situações em que processos de trabalho centralizados na produção ambulatorial são identificados, indo em contramão à subjetividade da prática profissional: “eu sou bolsista, então eu sou um número, eu tenho que produzir números, e não há um olhar para o humano, para subjetividade da equipe, das necessidades” (P2.SAE4). É apontada ainda a necessidade de encontrar arranjo na dinâmica da equipe para atender uma elevada demanda assistencial: “o grupo todo interage para cobrir essas lacunas” (M1.SAE5).

A precarização da força de trabalho é um outro fator que pode contribuir com dificuldades na atenção à saúde: “não há como deixar de dizer que somos precarizados na nossa forma de contratação, é um contrato de dois anos, sem direito a férias, apenas o básico do básico, e daqui a dois anos a gente dá tchau” (P1.SAE4). Frente à rotatividade dos trabalhadores, vínculos terapêuticos longitudinais são fragilizados “eu acho que o serviço perde com essas entradas e saídas constante de profissionais” (E1.SAE4).

Alguns SAE não conseguem estabelecer equipe fixa, devido ao compartilhamento de profissionais com outras especialidades. Alguns profissionais ainda não são exclusivos da equipe como no caso do SAE 3: “também fico em outras especialidades, porque a gente tem escala de plantão, então a gente não é fixo só de uma especialidade não” (E1.SAE3). No SAE 5, há situações em que a equipe recorre a profissionais de outro serviço para dar suporte às demandas: “a gente conta com uma equipe de apoio de outros profissionais não ligados diretamente ao SAE, mas que também estão ali sempre pra nos dar um apoio” (S1.SAE5).

Existe uma situação de “empréstimo” de profissionais na tentativa de manter os fluxos e rotinas, em função da substituição de profissionais que não foram repostos ou simplesmente não têm um vínculo exclusivo para o SAE. Esse contexto é problemático na perspectiva de fragilidade também da vinculação com os processos de trabalho, impactando diretamente no funcionamento adequado dos fluxos nos serviços (Tavares; Melo, 2018).

Adicionalmente, existem queixas sobre a não reposição de profissionais que encerraram o vínculo com o SAE: “No começo a gente tinha uma equipe completa, a gente tinha um médico e assistente social, enfermeira, psicóloga e farmacêutica, e no momento a

gente tá com a equipe mais reduzida por uma questão mesmo de não contratação de outros profissionais” (S1.SAE5).

A demanda excessiva e sobrecarga dos serviços também é relatada, considerando-se que “a equipe muito pequena para atender a demanda real do serviço, e aí uma sobrecarga” (P1.SAE4). Assim novas vagas para garantir o acesso de pessoas recém diagnosticadas com HIV se tornam mais escassas: “Os médicos ficam sobrecarregados. Nós estamos sem poder receber pacientes” (F1.SAE5). Essa alta demanda com superlotação dos serviços e sobrecarga dos profissionais tende à redução de atividades do SAE apenas à estratégia “Testar e Tratar”, indo de encontro à perspectiva ampliada da prevenção combinada em HIV/Aids que considera as dimensões cultural, comunitária, política e social (Calazans; Parker; Junior, 2023).

Um outro fator traz impactos para o funcionamento do serviço com equipe qualificada. A singularidade de trabalhar com prevenção, tratamento e com a abordagem de pessoas que vivem com HIV requer dos profissionais condutas que sejam livres de preconceito, discriminação e estigma (barreiras pessoais), além de um *status* de segurança na abordagem e oferta seja da adesão ao tratamento ou dos métodos preventivos para usuários do serviço.

Assim oferta reduzida de formações, sejam elas teóricas ou práticas, sobre diversos temas são lacunas identificadas. Há serviços onde a ausência de um processo de educação permanente e continuada trazem um cenário de profissionais que não se sentem suficientemente preparados para uma abordagem qualificada. A educação permanente em saúde é fundamental para a produção de reflexões para aprimoramento das práticas e para configuração de novas rotinas na assistência (Tavares; Melo, 2018).

Quanto ao acesso e estrutura, os SAE vinculados às IES privadas funcionam com agendamento por aplicativos de mensagens da própria instituição com o objetivo de facilitar o controle de atendimentos: “são cinco a sete pacientes por turno né, então dá tempo de você ter um bom atendimento, uma boa conversa, abordar todas as dificuldades do paciente” (M1.SAE1). Eles têm a participação de internos nas consultas das pessoas que vivem com HIV, auxiliando no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes. Em um dos SAE, os estudantes também participam do protocolo de consulta da PrEP.

Os SAE 1, 2 e 4 contam com um equipamento que dispõe de salas exclusivas para alocação de atendimento dos diferentes profissionais, áreas climatizadas e em boas condições. Todos possuem prontuário eletrônico, exceto o SAE 5. Os SAE 3 e 5 enfrentam dificuldades estruturais, como de espaço físico para realização dos atendimentos, tendo que dividir

simultaneamente o mesmo consultório com outro integrante da equipe ou estabelecendo um horário específico para o atendimento: “Nós trabalhamos na mesma sala. Eu e a assistente social, nós trabalhamos na mesma sala, o que tem pontos positivos e pontos negativos.” (F1.SAE5), vejamos outro relato:

“Eu tenho que dividir essa sala com a enfermeira... eu chego 8 horas começo a atender para liberar essa sala para outra especialidade que utiliza a sala logo em seguida.” (M1.SAE3).

Existe o compartilhamento de estruturas físicas e de forças de trabalho entre as unidades, visto os descompassos entre as condições laborais e as necessidades dos usuários. As lacunas de espaços físicos adequados, como a limitação de salas de atendimento e a ausência de prontuário eletrônico, são outros fatores que podem influenciar no funcionamento do serviço e na oferta de diferentes estratégias de prevenção.

O aumento de investimentos financeiros é uma reivindicação comum a todos os SAE, sendo uma resposta fundamental para que os estabelecimentos de saúde ampliem seus arranjos de oferta e assistência, além de sanar as demais dificuldades de estrutura, tecnologias e força de trabalho: “se for de ampliação de melhoria disso, em qualquer instituição, privada, pública, é recursos financeiros que estão limitados, precisaria que o governo aumentasse seus investimentos.” (F1.SAE2).

A aquisição de medicações, equipamentos e insumos essenciais para o diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, são outros pontos evidenciados a partir dos relatos de profissionais de saúde que descrevem a falta de medicamentos para doenças oportunistas, de vacinas e outras tecnologias para realização de exames:

“eles tendo que necessariamente ir pro posto para buscar essas outras medicações complementares... a gente tinha um kit pra tratamento de DST, a gente tinha um kit pra tratamento de infecções oportunistas e aqui nós não temos” (M2.SAE5).

Limitações de equipe e de estrutura adequada aparecem como obstáculos à oferta de algumas estratégias, como dispensação da PrEP, imunização, oferta de testagem e redução de danos, assim como desenhado na política. Eles favorecem o distanciamento entre formulação e implementação (Lima; D’ascenzi, 2013).

Mesmo com o quadro de reemergência e recrudescimento da epidemia de HIV, além do avanço do conservadorismo, percebe-se um freio das políticas de prevenção devido à

redução de investimentos principalmente internacionais (Seffer; Parker, 2016; Gavigan, 2016; Lucas; Böschemeier; Souza, 2023) que impactam diretamente nos serviços do estudo. Problemas de estrutura e espaço físico, número pequeno de equipamentos que não atendem as demandas da população seja para tratamento ou prevenção do HIV, ausência de equipes multiprofissionais completas, não reposição de profissionais e outros elementos. Essa conjuntura inclusive traz à tona o problema das ações em HIV/Aids serem consideradas como “políticas de governo” e não como “políticas de Estado” (Monteiro; Brigeiro, 2019).

5.5 Articulação e rede de cuidado na prevenção e tratamento do HIV: integração ou desintegração?

As articulações informais entre os SAE é um resultado da pesquisa em destaque. Insumos e medicações excedentes são distribuídos entre os equipamentos pelos farmacêuticos, na tentativa de prover estoques equitativos.

“Eu estou no grupo dos farmacêuticos, no grupo dos SAEs gerais, da coordenação e nós sempre temos contato. Geralmente eu tenho mais contato com o pessoal da farmácia, com as farmacêuticas. Às vezes, se precisa de algum remédio, se estou com algum remédio que está perto de vencer, eu vejo que não vou utilizar, eu pergunto quem está precisando para remanejar, para não ter que devolver, e nós fazemos esse remanejamento.” (F1.SAE5).

Outros serviços de saúde podem ser acionados, seja outro ponto de atenção da rede de atenção, seja mesmo outro SAE:

“direciono ele de acordo com a necessidade, se for um paciente que já tá, que é estável né, assim o paciente jovem que não tem nenhum... assintomático, CD4 bom, que for só para começar o antirretroviral geralmente a gente direciona para alguma Policlínica da rede do município. Se for um paciente que seja um pouco mais complexo né, estão em situação de rua, usuário de substância a gente tende a vincular ele aqui no serviço” (M1.SAE4).

“Quando um paciente traz a sua insatisfação pra gente aqui, a gente tenta referenciar ele pra outro local. Tentando fazer com que ele crie vínculo com outro equipamento pra que ele não deixe de ser tratado. Às vezes, ele não se vincula ao médico, por exemplo, não gostou da abordagem do médico, a gente tenta colocar pra outro médico. “Ela não gostou? Então a gente tem vários serviços na rede Municipal que você pode ir, que realmente você vai ser acolhido, eu não quero que você saia daqui sem ter uma referência de tratamento”” (S1.SAE5).

Existem demandas, contudo, que extrapolam as competências técnicas dos equipamentos, de maneira que se faz necessário mobilizar outros pontos de atenção da rede assistencial. Muitos profissionais identificam fragilidades para a continuidade do cuidado: “a gente se sente fragilizado no sentido das quebras que tem dentro da rede [...] eu não vou carregar esse usuário nas costas, que tem que seguir a rede, um percurso” (E1.SAE4). Para alguns, os serviços que contam com outros setores e especialidades para encaminhamento interno parecem encontrar menos desafios para a garantia do acesso.

Percebemos que os SAE dialogam com os seguintes serviços da rede: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Consultórios de Rua, Centro de Referência para População em Situação de Rua, Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), Hospitais de referência como o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) dentre outros.

Para resolver problemas relacionados à aquisição de medicações, equipamentos e insumos essenciais para o diagnóstico e tratamento do HIV/Aids articulações horizontais entre serviços da mesma modalidade. Destaca-se, como experiência exitosa, a estratégia de profissionais “linkadores”²² (E1.SAE4). Ou seja, responsáveis por vincular novos casos de HIV aos serviços da rede, acompanhando o seguimento desses usuários por seis meses:

“Eu venho chamado para trabalhar como linkador que é o profissional aqui que vai fazer a entrega diagnóstico, quando for reagente, a gente já faz toda a linkagem, que a linkagem é o que? é encaminhar o paciente para coleta de exame, agendar consulta, e fazer um acompanhamento de até seis meses se ele fez adesão ao tratamento, mas também do suporte nos não reagentes dentro do processo que a gente chama de pós-aconselhamento” (P2.SAE4).

“A gente ficou com essa tarefa de atender e linkar esse usuário a rede. Então faz o primeiro atendimento, agiliza todos os exames, a primeira consulta, primeira retirada de antirretroviral. Fez esse percurso, nós vamos linkar esse usuário a Policlínica, ao SAE e passar seis meses também acompanhando essa pessoa, se ele conseguiu

²² Os profissionais linkadores fazem parte de um projeto executado em algumas capitais brasileiras (Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande, Florianópolis e Fortaleza) chamado A hora é Agora. O projeto é uma importante estratégia interinstitucional entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), com recursos do Plano de Emergência do presidente dos EUA para alívio da Aids (PEPFAR), para fortalecimento e ampliação das ações de testagem e tratamento para HIV nos municípios selecionados. Os profissionais linkadores surgem como atores importantes que não fazem parte do quadro original dos SAE, mas que demonstram ações importantes que auxiliam na implementação da Prevenção Combinada do HIV e da linha de cuidado.

consulta, se conseguiu retirada de medicamentos, se conseguiu fazer os demais exames” (E1.SAE4).

Diante do contexto e das lacunas, os profissionais dos diferentes serviços pensam a implementação de uma série de estratégias para melhorias tanto do próprio equipamento, como também da gestão municipal, auxiliando na estruturação dos SAE e das abordagens que cada um poderia ter. Percebemos ainda os esforços e a articulação dos profissionais para garantir acesso e vinculação dos usuários a rede, isso seja em contexto de prevenção ou de tratamento para o HIV:

“Eu já vejo a minha disponibilidade, “ah consigo te atender hoje, amanhã...”, principalmente quando a gente pensa em teste rápido, eu já pergunto logo a situação, “o que é que te fez procurar o teste rápido? Teve uma exposição de risco? Tá sentindo alguma coisa diferente?”, quando tem história de exposições ou algum relato que pode estar relacionado a uma IS, algum sinal, algum sintoma, então eu já vejo logo pra marcar o mais rápido possível. como eu conheço algumas pessoas de alguns locais, então já me interei de como funciona...sei lá, no Carlos Ribeiro... então às vezes eu mesmo já mando mensagem pra enfermeira que trabalha lá com o pessoal do PrEP, por exemplo, dos testes e já vejo com ela, “ei tu tem disponibilidade de receber tal pessoa assim, assim assado? Por isso, por isso, por aquilo?” e aí já vai, a pessoa já vai certa, né? Naquilo que vai ser atendido” (F1.SAE1).

“eu tenho um fácil acesso tanto a coordenação Estadual como Municipal, então aqui a gente funciona como um SAE do município, então quando a gente tem algum problema a gente tem um fácil acesso com a gestão” (M1.SAE1).

Como já dito, alguns serviços do estudo (para além do A Hora é Agora) estabelecem a prática de buscar vincular o usuário a rede de atenção ao HIV/Aids (SAE ou Policlínica), mantendo o acompanhamento para avaliar e garantir a continuidade do usuário ao serviço. A possibilidade de vincular os pacientes aos serviços ou encaminhá-los para outros locais adequados aumenta as chances de um acompanhamento contínuo (Silva, 2007; Brasil, 2018). Além disso, a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a integração dos SAE são fundamentais para garantir a integralidade do cuidado e evitar a fragmentação da assistência, proporcionando uma atenção integral e longitudinal (Kalichman; Ayres, 2016; Rocha, et al., 2022).

Observando o contexto de dinamicidade da epidemia de HIV/Aids, está estabelecida a crítica de que o modelo de cuidado implementado nos serviços de saúde como o SAE está ainda focado numa abordagem biomédica e de ampliação dos recursos

tecnológicos, sem ter grande densidade no cuidado às pessoas e as lacunas de ordem estrutural (Lucas, 2023).

A rotina dos SAE e as experiências compartilhadas permitem a interpretação sobre o que acontece e em que condições (*what works under what conditions*) (Honig, 2006). Mesmo com dificuldades de estrutura, de logística, de informatização dos prontuários, ausência de equipamentos e profissionais para compor uma equipe multiprofissional, percebemos que os atores e seus processos de trabalho do SAE atuam como agentes implementadores da Prevenção Combinada, mesmo com condições limitadas.

Parece existir uma rede complexa de cuidados em saúde, na qual elementos formais e informais se articulam para atender às necessidades dos usuários. Essas redes informais, marcadas pela solidariedade entre os profissionais, desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, complementando e enriquecendo a rede formal de cuidados (Kemper et al., 2015; Merhy et al., 2014). No entanto, a exclusiva articulação informal pode limitar o acesso a recursos do sistema formal, prejudicando a integralidade do cuidado (Paiva et al., 2022). Portanto, é fundamental a conexão entre essas redes para assegurar o atendimento.

Os serviços distribuem de forma desigual as ações e estratégias preventivas (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023; UNAIDS, 2020), que mais uma vez se distancia das normas. O isolamento de ações e programas, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o modelo biomédico/curativo e ausência de suporte social são situações que influenciam na vulnerabilidade programática com relação ao HIV (Lucas; Böschemeier; Souza, 2023).

A desarticulação entre serviços com outros níveis de atenção resulta em uma heterogeneidade na qualidade da assistência. Interessante observar o esforço interativo e horizontal de unidades especializadas, no sentido de apoio e retaguarda. As relações estabelecidas entre profissionais de diferentes SAE, um localizado em uma UAPS, e o outro, em um hospital universitário, por exemplo, parecem acontecer com a intenção de otimizar o encaminhamento de pacientes e a troca de informações. Essa realidade evidencia a necessidade de uma maior integração entre os serviços de saúde para assegurar o atendimento. Em outras experiências nota-se a insatisfação com relação ao “abandono” da gestão municipal, perda de autonomia sobre a própria agenda e escassez de acesso a recursos assistenciais, além da desvalorização quanto a APS (Rocha, et al., 2022).

Destaca-se que a vulnerabilidade ao HIV não é apenas uma questão individual, mas está profundamente enraizada nas estruturas sociais, econômicas e políticas que moldam

a vida das pessoas. Na dimensão programática da vulnerabilidade às dinâmicas de planejamento intersetoriais principalmente de ações entre o setor saúde e a educação são alvo de atenção (Ayres et al. 2006).

Isso significa dizer que se a rede de atenção e as estratégias estabelecidas não levarem em consideração os aspectos individuais e coletivos, aumentam-se as dificuldades para superação dos problemas de saúde pública de interesse estatal (Muñoz Sánchez e Bertolozzi, 2007), neste caso a epidemia de HIV. As respostas a vulnerabilidade programática em outro estudo no campo da prevenção e cuidado em relação ao HIV, revelou que essas lacunas demonstram um hiato entre o plano normativo e as práticas do cotidiano dos serviços, afetando diretamente populações-chave como homens que fazem sexo com homens, travestis, transsexuais e profissionais do sexo (Monteiro; Brigeiro, 2019). Observamos experiências exitosas que ultrapassam os “limites da administração” (Hill, 2005), e que foram elaboradas na perspectiva de almejar as expectativas previstas na Prevenção Combinada.

5.6 Decisões discricionárias e rotinas de prevenção do HIV

Os efeitos e lacunas da implementação podem ser destacados olhando para as práticas desses profissionais e como elas podem influenciar durante esse importante momento da política. Retomaremos a discussão a partir do referencial teórico da burocracia a nível de rua (Lipsky, 2010), que percebe o quanto a atuação desses atores constrói a política e não somente executam-na. Esse movimento de transformar políticas muito abrangentes e ambíguas, dentro de um contexto de recursos escassos traz o que a literatura dos estudos de implementação traduz como discricionariedade: o poder de tomar decisões à margem dos padrões e normas das políticas.

Essas decisões fazem parte de um sistema de enfrentamento que os burocratas estabelecem para lidar com o contexto de pressão para manter a eficácia e eficiência da política mesmo em situações de limitações e falta de recursos (Lipsky, 2010). Enquanto burocratas, há um exercício de classificar e categorizar os usuários; aplicar “sanções e benefícios” que podem trazer desdobramentos positivos ou negativos para os usuários; decretar quais e com que frequência as ações podem ocorrer considerando os contextos de interação, as circunstâncias; instrução do usuário e do seu papel de cidadão diante do Estado. Para tanto, alguns dos sistemas podem ser exemplificados pela priorização de usuários mais fáceis de trabalhar e a despersonalização de tratamento para diferentes tipos de usuários.

Os trabalhadores do SAE destacam afinidade com o tema do HIV/Aids: “essa foi a minha escolha, trabalhar com HIV/Aids” (M1.SAE5). Além disso, é ressaltado a importância de atitudes sensíveis às necessidades subjetivas e singularidades dos usuários. Como pré-requisito para um trabalho qualificado, a identificação do profissional com o serviço é relevante: “O profissional, ele tem que se identificar com serviço [...] ele tem que estar sempre disposto a escutar vários problemas [...] porque é uma clientela diferente” (E1.SAE2). Por vezes, há a conotação de que o trabalho possui certa dimensão religiosa e missionária: “Aqui é um emprego? É, porque preciso trabalhar, mas aqui eu encaro como uma missão [...] como eu falei pra mim isso aqui é uma missão, uma missão cristã” (F1.SAE2).

Há rotinas nos serviços que padronizam a prática assistencial, pautadas no consenso da equipe. Outras atividades e ações não entendidas como do escopo de atuação do SAE são possíveis e frequentes, sendo objeto de tomada de decisão do coletivo de trabalhadores: “tem um consenso em termos de atendimento e orientações a serem repassadas naquela linha, mas vão existir demandas, por exemplo, que eu não vou conseguir chegar [...] então eu vou contar como suporte da equipe” (S1.SAE4). As pactuações coletivas, contudo, não parecem eximir os trabalhadores de decisões próprias à regra institucional.

Por exemplo, a interação da médica com o usuário define a decisão de adiar o início do tratamento:

“o Ministério da Saúde, ele recomenda que o tratamento inicial seja o mesmo [...] e a gente inicialmente obedecia, mas normalmente acontece alguma coisa e aí a gente também como profissional, como médico, tem direito de modificar” (M1.SAE5).

“às vezes o paciente não consegue tomar, então é não tomar? ou tomar alguma coisa? A gente precisa sim fazer adaptações. E outra coisa que eu faço demais é isso, por mais que no manual coloque que o tempo de iniciar terapia é na primeira consulta, eu faço isso para 95% dos pacientes, mas tem 5% dos pacientes que eu tenho certeza que se a gente tivesse essa proposta, iria causar um dano maior do que eu esperar uma semana, esperar duas semanas, então isso eu faço bastante também. Paciente que tá muito desorientado, desnorteado, eu prefiro que ele comece um tratamento psicológico, eu prefiro que ele busque um recurso né, familiar ou alguém de confiança para depois fazer a Terapia Antirretroviral, que é algo que precisa de um suporte né, então eu faço esses ajustes, esses são os principais que eu faço né, demais eu gosto muito de seguir o manual mesmo” (M2.SAE5).

Ações como essa incluem a linha tênue entre prescrever o tratamento imediatamente (regra) e iniciar conforme o contexto do paciente (conduta individualizada). Outras situações incluem a utilização do protocolo da PrEP sob demanda, facilitação de atendimento em outras especialidades médicas, dispensação de medicações apesar de irregularidades em receita, entre outras adaptações ao previamente estabelecido.

Isso é visto como necessário para adesão terapêutica:

“ele tá internado compulsoriamente, mas a mãe trouxe tudo, então a farmácia tem que entregar a medicação para ela, embora ela sendo a mãe dele e ela não tenha a procuração, porque se a gente deixar sem medicação é pior” (E1.SAE3), “não tem como a gente ser muito rígido, porque a gente precisa ser parceira desse paciente para que ele retorne” (M1.SAE3).

As condutas estabelecem padrões de práticas e de tratamento que são diferentes para quem é diferente ou tem uma necessidade maior que os demais. Existe uma série de abordagens que têm um objetivo em comum: manter o usuário vinculado ao equipamento e a equipe, e principalmente em acesso contínuo à TARV para garantir expectativa e qualidade de vida. Em um SAE, identificamos por exemplo decisões discricionárias tomadas por diferentes membros da equipe no caso de usuários com questões de vulnerabilidade social, como analfabetismo:

“... você separa os medicamentos, você mostra como é que ele toma, mostra a cor do medicamento, mostra o tamanho, o formato, para que ele compreenda que são coisas diferentes e que tem que tomar, porque às vezes... eu pegava paciente que tomava um pote do medicamento e o outro tava completamente cheio entendeu?” (M1.SAE5).

“... de acordo com o nível educacional, cognitivo, porque nós temos que ter todo um “jeitinho” para explicar direito, porque se não, não entendem... eu fui para um congresso e recebi umas cartelinhas muito legal, do “solzinho”, da “luazinha”, então eu trabalho muito com isso. Já trabalhei muito, agora diminuiu. Tanto que eu ainda tenho as cartelas, eu usava muito, pregava nas receitas e eles gostavam. Depois da lua, o sol, e olhar o horário de tomar a noite, ajuda muito. Mesmo para quem não sabe ler e escrever, porque às vezes, a pessoa esquecia mas olhava no frasquinho e estava aqui o adesivo da luazinha, então pensa “Ah isso aqui é de noite, isso aqui é só de noite” (F1.SAE5).

“... Medicação é outra coisa que a Farmacêutica bate muito, “Olha, vocês têm que se empoderar, entender, pelo menos saber o básico do nome de uma medicação”, “aí eu tomo vermelho, eu tomo colorido.” “isso pra você serve, mas pra outros locais não serve.”, então a gente sempre faz esse trabalho de tentar que ele tenha o máximo de informação possível, tanto a nível, assim, relacionado à questão da Saúde, como relacionados aos direitos” (S1.SAE5).

As estratégias de prevenção mobilizadas no cotidiano parecem depender, para além das tecnologias disponíveis, das práticas dos trabalhadores. Pontuamos que geralmente os processos de tomada de decisão nos SAE estabelecem um processo de trabalho para auxiliar na retenção e garantir o acesso dos usuários. Em outro SAE percebemos a articulação:

“paciente não tem, não passou da consulta, tá com exame atrasado ou enfim, tá desempregado, era serviço particular e tá aí atrás de um serviço público pra

conseguir vaga, eu simplesmente apenas dispenso, independente de tá com a receita ou não, dispenso, a nossa filosofia aqui dentro, eu acho que em qualquer local que o pessoal trabalha com isso, eu acredito que o primeiro é não deixar o paciente sem medicamento.” (F1.SAE1).

Mesmo que predomine a autonomia profissional, há iniciativas para controle da prática a nível central. Monitoramentos governamentais estão presentes, no sentido de uniformizar a prática: “tudo é muito monitorado, tudo é visto pelo Ministério da Saúde” (M1.SAE5). Cita-se, no SAE 4, por exemplo, um questionário estabelecido pelo Ministério da Saúde para guiar o aconselhamento pré e pós-testagem, ainda que adaptadas às condições locais e especificidades da clientela: “dentro desse espaço nós vamos tentando buscar [...] como a gente vai poder orientá-lo, a gente sempre usa de outros recursos quando necessário” (S1.SAE4). Diante da autonomia profissional, investidas para uniformizar a prática foram observadas. Gerentes a nível central, na tentativa de superar as assimetrias entre o desenho da política pública e a aplicação no contexto local, utilizam-se de mecanismo regulatórios (Huisin; Silbey, 2011; Meyers; Vorsanger, 2010; Ferreira; Medeiros, 2016).

O sucesso da regulação compreende em sincronizar as regras às inflexões possíveis vivenciadas na ponta, na medida que estratégias diversificadas, consensuadas com os agentes implementadores, demonstram mais eficiência no enfrentamento de problemas complexos (Pires, 2009). Registra-se uma trajetória dos governos em pluralizar tecnologias de prevenção para corresponder à dinamicidade local da epidemia do HIV (Calazans; Parker; Junior, 2023).

Os achados do estudo apontam para a existência de rotinas de prevenção moldadas pela prática consensual. Enquanto problema de saúde pública, a complexidade da epidemia do HIV exige respostas sociais e políticas para seu controle, tendo como meta “transformar as forças mais amplas que estruturam a vulnerabilidade ao HIV/Aids” (Parker, 2000). Em seu exercício, contudo, os trabalhadores simplificam os objetos de percepção para limitar a complexidade e regularizar os processos de decisões (Lipsky, 2010). Essas simplificações criam padrões de conduta, mediante autonomia dos profissionais em adaptar objetivos e regras formais às situações concretas (Brodkin; Majmundar, 2010).

Dessa forma, na medida que agem em uma estrutura institucional e programática, sob protocolos e regras, também podem aplicar as normas à sua maneira, frente às ambiguidades da política e às aberturas para discricionariedade (Fernandez; Guimarães, 2020). Nesses termos, condutas individualizadas foram registradas no sentido de retardar o

tratamento, conforme situação e aceitação do usuário, mesmo com a orientação do Ministério da Saúde em iniciar a TARV no momento do diagnóstico ou em até 7 dias (BRASIL, 2024). Esse e outros exercícios discricionários devem ser entendidos como um mecanismo adaptativo, do qual os profissionais fazem uso, mediante conhecimentos, habilidades e proximidade com a tarefa desempenhada (Elmore, 1979), no caso, de indução de práticas de prevenção ao HIV.

A partir das narrativas de agentes do estado, no caso profissionais de saúde de SAE, observamos as condutas e práticas dos profissionais no cotidiano em seus respectivos serviços, com a necessidade de analisar como as decisões ocorrem, seus sistemas de enfrentamento e demais categorias analíticas do processo de implementação a partir da burocracia a nível de rua. Existem correlações de forças entre os atores dos SAE, para entender além das decisões, as alianças e confrontos, e os sujeitos que são beneficiados ou “prejudicados” com as ações de discricionariedade ao buscar políticas e programas.

A política pública desponta sua substância final, em última análise, no “encontro burocrático”, de modo que seus resultados estão sujeitos a contingências, aprendizagens e experimentação de novas metodologias no contexto local não previstos por ocasião da formulação (Goodsell, 198; Lotta, 2014; Majone; Wildavsky, 1984). Desse modo, além das configurações institucionais dos Serviços de Atenção Especializada e da rede de saúde local, vale dedicar igual atenção para o ambiente intraorganizacional de implementação da Prevenção Combinada, considerando as influências possíveis da atuação profissional em interface com os usuários (Lotta; Pires; Oliveira, 2014).

Observou-se centralidade nas estratégias biomédicas e comportamentais, com tímidas intervenções estruturais, como enfrentamento ao estigma e discriminação. Outros estudos problematizam o predomínio de medidas medicalizadoras na prevenção do HIV (Calazans; Parker; Junior, 2023; Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020; Parker, 1997). Essas lacunas assistenciais foram justificadas por condições laborais de escassez de recursos e fragilidades da rede de saúde. Percebeu-se que os trabalhadores da linha de frente dos SAE analisados tendem a localizar explicações para o seu desempenho em outros espaços, mas não em sua própria atuação. Dessa forma, quando contextos adversos se somam a demandas abundantes, predominam posturas de autopreservação (Lipsky, 2010; Nielsen, 2006).

Isso se deve à imprecisão quanto à quantidade, à qualidade e às metas específicas do serviço que desempenham. Na tentativa de se proteger da ambivalência pessoal que as

lacunas possam representar, tendem a modificar seus conceitos para restringir a finalidade de seu trabalho, a fim de aproximar as ações aos objetivos por eles instituídos (Lipsky, 2010).

5.7 Construindo o usuário ideal: categorias e responsabilidades

Os trabalhadores anunciam os perfis de usuários típicos em seus equipamentos. O perfil “homens que fazem sexo com homens” indica especialmente jovens com educação formal, como o mais comum entre a clientela. Mulheres lésbicas e homens trans são destacados como aqueles que menos aparecem nos serviços. No estudo, observamos que dependendo da localidade do SAE, surgem perfis específicos, marcados não somente pelas condições socioeconômicas dos territórios, mas também pelas configurações assistenciais das unidades.

No SAE 3, por exemplo, cita-se o predomínio de usuários com múltiplas comorbidades e parcerias sorodiscordantes, dado o perfil terciário da unidade. Enquanto nos SAE 1 e 2 predominam pessoas de alto poder aquisitivo e escolaridade, nos SAE 3, 4 e 5, inseridos em regiões periféricas, prevalecem situações de elevada vulnerabilidade social, como baixa escolaridade e pessoas vivendo em situação de rua. Apesar de todos os serviços receberem diferentes tipos de usuários e demandas, percebemos que a mudança no perfil dos usuários e suas respectivas demandas tem uma relação com o território onde o serviço se encontra. As demandas também mudam: algumas tem um caráter assistencial para além dos serviços de prevenção, como dificuldades econômicas e de violência, enquanto outras são supridas pelas estratégias preventivas que o serviço dispõe.

Profissionais destacam a dificuldade de acesso aos serviços por parte da população no entorno da unidade: “De que forma os usuários acessam esses serviços? É como o restante da população, muito sofrimento” (F1.SAE5). Nesses termos, os trabalhadores do SAE 1 descrevem predomínio de usuários de boas condições socioeconômicas na sua clientela, ainda distante das comunidades periféricas: “em relação ao perfil, realmente é muito difícil atender alguém, por exemplo, uma pessoa da periferia [...] muito difícil vir aqui” (F1.SAE1). Quanto a isso, percebe-se uma dicotomia que dispara o debate sobre acesso: “a rua tem uma arquitetura diferente desse espaço” (P2.SAE4).

Frente às inúmeras vulnerabilidades, a demanda assistencial supera a capacidade de atendimento: “com certeza a demanda que a gente cobre é muito inferior à que existe” (M2.SAE4). Nestas condições, entretanto, existem outros fluxos de oferta de serviços: “são

marcados poucos pacientes, né? Metade de um turno na verdade, que a gente atenderia em outros serviços, a gente tem como se dedicar mais tempo para esclarecimento, para tirar dúvida” (M1.SAE1). Limitações da oferta também se relacionam com a força de trabalho, da gestão da agenda e das estruturas laborais.

Essa conformação do usuário na interface do trabalhador com a clientela perpassa por processos de categorização. Observa-se o acento na existência de ‘usuários difíceis’. Essas dimensões (“fáceis e difíceis”) parte não apenas de categorias funcionais e oficiais como enunciado pela política (“população alvo”), mas também por condições extraoficiais e sócio-comportamentais. O Quadro 6 em anexo reúne as categorias mobilizadas pelos trabalhadores.

Quadro 6 - Categorização e representação de usuários “fáceis” e “difíceis”.

Categoria	Usuários Fáceis	Usuários Difíceis
Categoria funcionais ou oficiais	“O próprio grupo que nos procura. A grande maioria de homens gays que procuram” (E1.SAE4). “Têm alguns profissionais do sexo, mas todos tem um entendimento bom do assunto, né? Mesmo que seja uma profissão mais estigmatizada” (M2.SAE4). “Pessoas também que tem um bom relacionamento, uma parceria muito legal com companheiro sorodiferente” (E1.SAE2). “a gente tem uma prevalência de HSH, adultos-jovens, homens, são pessoas que a gente consegue trabalhar”, “pacientes que tem uma boa adesão, que estão indetectáveis” (M1.SAE1).	“Pacientes mais jovens ou muito idosos, geralmente também são pacientes que a gente fica mais de olho”, “Paciente com transtornos mentais às vezes é mais difícil do que um paciente com drogadicínio, de conduzir” (M2.SAE5). “quando a gente pega os pacientes que têm um nível educacional menor ou vivem em situação de rua, os usuários de substâncias, esses a gente tem mais dificuldade de fazer com que essas pessoas consigam entender.” (M1.SAE4). “ensino fundamental incompleto, e pessoas que têm dependência química também, é um perfil mais difícil” (P2.SAE4).
Categoria sócio-comportamentais ou extraoficiais	“O que eu noto é que quando ele tem um nível social mais elevado, ele traz perguntas mais elaboradas, ele tem o entendimento melhor né” (M1.SAE3). “com um nível social melhor, um nível financeiro melhor, com tudo melhor” (M1.SAE5). “O que tem no nível educacional um pouco maior, entendeu? Esse é mais fácil de entender” (M1.SAE5). “Os pacientes de nível superior que a gente tem bastante na PrEP, pra abordar é mais fácil” (E1.SAE3). “São os mais instruídos ou aqueles mais assim... como posso dizer? Que tem mais senso de cidadania, tem senso de comunidade” (F1.SAE2).	“às vezes a gente tem aquele paciente que é mais humilde e você tem que explicar mais de uma vez, pedir para alguém acompanhar na consulta” (M1.SAE3). “De acordo com o nível educacional, cognitivo, porque nós temos que ter todo um “jeitinho” para explicar direito” (F1.SAE5). “alguns deles são inclusive analfabetos, isso dificulta às vezes em algumas coisas” (M1.SAE5). “Que não tem recursos financeiros, alguns não tem nem instrução nenhuma, assinado pela base do dedinho e que tem dificuldade em tomar medicação” (F1.SAE2).

Fonte: elaborada pelos autores.

Segundo os participantes, homens que fazem sexo com homens mostram-se inicialmente abertos às orientações. Eles acessam o serviço com conhecimentos prévios sobre prevenção. Em relação aos usuários de PrEP, percebe-se que são, em sua maioria, pessoas com boas condições financeiras: “eu não atendi nenhum paciente PrEP que seja assim situação de vulnerabilidade mesmo” (M2.SAE4).

Embora sejam classificados como população alvo no conteúdo normativo da Estratégia da Prevenção Combinada, usuários de álcool e outras drogas são descritos como usuários mais difíceis, pouco aderentes. Embora o que pareça motivar os trabalhadores seja trazer para si maior controle às incertezas do cotidiano, tal prática tende a gerar padrões desiguais de distribuição de bens e serviços públicos (Lotta; Pires, 2020). Além de componentes funcionais e utilitários para dinamizar a resposta às demandas, a diferenciação social incorpora dimensões morais na avaliação dos usuários (Lamont, 2000). Dessa maneira, ao passo que mobilizam impressões e conceitos construídos em sua experiência social e pessoal, elaboram expectativas quanto ao comportamento dos usuários, identificando aqueles merecedores de benefícios e esforços especiais (Oorshot, 2008; Schneider; Ingram, 2005)

Foram relatadas algumas estratégias para potencializar a adesão daqueles em uso de substâncias psicoativas. Usuários com transtornos mentais são narrados também como “resistentes” às proposições terapêuticas. Registrou-se uma experiência no SAE 3 de apoio matricial em saúde mental como iniciativa para qualificar a atenção de pessoas vivendo com HIV/Aids com sofrimentos psíquicos: “o ambulatório de matriciamento com a psiquiatria foi um momento muito interessante, ninguém queria ir atender os psiquiátricos ‘tá bom eu vou, me bota aí que eu vou’” (M1.SAE3). Aqueles usuários não aderentes por vezes são responsabilizados pela sua condição, ainda estejam em situação de vulnerabilidade.

Usuários de drogas, pessoas com baixa escolaridade e pacientes com transtornos mentais foram considerados como usuários “difíceis” e limitados em termos de autonomia e de cognição. Conforme persistem na “não aderência”, são responsabilizados pelas suas próprias condições. Essa categorização sócio-comportamental de usuários difíceis direcionam a prática dos profissionais, no sentido de racionamento de recursos e serviços para priorização de “casos fáceis” (Lipsky, 2010; Nielsen, 2006).

Aqueles grupos sociais já submetidos cultural e historicamente a condições de vulnerabilidades, ao serem confrontados como “usuários difíceis”, encontram barreiras adicionais no encontro clínico no serviço de saúde (Lotta; Pires, 2020). Despontam, assim, fronteiras simbólicas entre categorias de usuários que se sobrepõem a fronteiras sociais

previamente estabelecidas (Lamont, 1992; 2000). Dessa maneira, práticas de implementação se mostram capazes de contribuir para mecanismos de (re)produção de desigualdades sociais (Maynard-moody; Musheno, 2012; Lamont; Beljean; Clair, 2014; Gupta, 2012; Pires, 2019).

Diante disso, os profissionais por vezes acabam direcionando seus recursos, conforme as expectativas que possuem para cada usuário. Usuários “tipo cadeira cativa do serviço” (E1.SAE4) e “aqueles que fazem o tratamento bem direitinho” (E1.SAE3) são alvos de ações discricionárias para fortalecer aderências, em diferente daqueles “que tem dificuldade em tomar medicação” (F1.SAE2) e “que só vêm quando querem” (M2.SAE4).

Percebemos que o perfil dos usuários em algumas situações norteia como as decisões baseadas na discricionariade caracterizam ações de justiça, onde os usuários fáceis merecem “benefícios” e tratamentos personalizados em interface os usuários difíceis e as “sanções”²³. Os dilemas surgem dentro de um contexto de complexidade não só do recurso das políticas, mas da realidade de cada usuário.

Mesmo com a discricionariade, encontramos nos SAE do estudo um contexto de “vale tudo” para tentar fazer com que a política chegue até a quem mais necessita e havendo respectivamente a garantia do acesso à saúde mesmo em condições desfavoráveis ou de desigualdade. Além disso, também destacamos a diferença entre os perfis de usuários que fazem acompanhamento do HIV e usuários que buscam a PrEP “a gente tem uma diferença gritante entre PrEP e pessoas vivendo com HIV” (M1.SAE3).

Ao narrarem o cotidiano de prevenção ao HIV, os trabalhadores referem como “sucesso” a adesão ao plano terapêutico proposto, com vinculação à equipe: “responsabilidade com o tratamento e com a gente” (F1.SAE1). O fracasso, por sua vez, é narrado como a não adesão. Nas narrativas, os ganhos possíveis, por vezes, são postos como resultado da atuação profissional e conquista da equipe: “ela não aceitava a doença, queria abandonar o tratamento e tudo, mas a gente conseguiu reverter isso” (M1.SAE5); “isso também é uma conquista da equipe, eu acho, sabe? Quer dizer, da equipe e dele também, né?” (S1.SAE5). No discurso dos entrevistados, o sucesso das rotinas de prevenção ao HIV se desloca, então, da incidência em condições de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas à infecção para se localizar na manutenção da adesão daqueles previamente abertos aos planos terapêuticos.

²³ Vale lembrar que as sanções não são ações punitivas, mas que surgem intrinsecamente através da responsabilização de usuários pelo abandono do tratamento, protelamento, diminuição do empenho na busca ativa e retenção no serviço etc.

Em momentos nos quais não se obteve êxito na prevenção do HIV, alguns trabalhadores se justificam diante das limitações: “estamos fazendo o melhor que nós podemos com os recursos que nós temos” (F1.SAE2). Em uma situação pontual, o usuário foi colocado como recorrendo a seu “direito de morrer”: “o paciente não quer e você não pode forçar uma barra de fazer uma internação forçada do paciente, é um direito dele também, ele também tem o direito de morrer” (M1.SAE5).

Destaca-se o caso de um usuário PVHA em descontinuação da TARV por 10 meses, responsabilizado na narrativa pela interrupção do tratamento, retomou a adesão pela “insistência” da equipe: “a gente fez o resgate desse paciente” (S1.SAE5). Convém relatar ainda o caso de uma mulher trans vivendo com HIV/Aids, em uso de substância, com institucionalização em comunidade terapêutica. A referida usuária comparece à consulta, em abstinência, com vestes masculinas: “ela disse assim [...] ‘lá como é evangélico, eu [usuária] preciso ficar com esse meu jeitinho mais parecido com um homem’” (M1.SAE3). Casos como esse demonstram a complexidade de usuários que estão em situação de vulnerabilidade de aderir ao plano normativo que está posto. Os profissionais do SAE realizam ações para tentar garantir acesso a prevenção e tratamento do HIV, mesmo de usuários “difíceis”.

Quanto a experiências de estigma nos serviços, há relatos principalmente de transfobia: “de pessoas trans eu já vi, e aí a pessoa diz “Não, não fiz. Não foi bem assim.”, só que isso [...] não foi um evento pontual” (E1.SAE4). A maioria dos participantes, entretanto, negaram atitudes estigmatizantes por parte da equipe: “não só a equipe, mas a instituição em si, já tem todo esse trabalho” (E1.SAE2).

Os resultados aqui apresentados reforçam uma dicotomia entre categorias funcionais e sócio-comportamentais, na interface dos trabalhadores com os usuários. As definições de populações-chave e prioritárias, no conteúdo normativo da Estratégia de Prevenção Combinada, baseiam-se no comportamento epidemiológico da epidemia do HIV, no qual segmentos populacionais são desproporcionalmente atingidos por vulnerabilidades à infecção (Brasil, 2017). Definem, portanto, ordenamentos funcionais para alocação de recursos. Esse sistema oficial de categorização enquadra inicialmente os usuários, conforme a organização do serviço (Maynard-moody; Musheno, 2003; Harrits; Moller, 2013). Profissionais em interface com usuários tendem a desenvolver categorizações próprias para processamento rápido do trabalho, especialmente quando as categorias oficiais são julgadas insuficientes ou contradizem suas preferências e percepções (Lipsky, 2010). Surgem, assim, as categorias extraoficiais, sócio-comportamentais.

A exposição ao vírus por pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV não deve ser entendida como resultado somente do binômio “informação e vontade”, mas principalmente a fatores externos de natureza social, cultural, econômica, política e outros condicionantes no espectro individual e coletivo (Ayres et al., 2006). A inovação normativa da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV compreende na introdução de novas tecnologias que consideram as devidas especificidades e vulnerabilidades de cada indivíduo diante das exposições de risco à infecção (Adamy; Casimiro; Benzaken, 2020). O foco unicamente na atuação do indivíduo, componente final da vulnerabilidade, responsabilizando-o por toda cadeia de transmissão, não dá conta de responder às multidimensionalidades de um problema eminentemente coletivo (Ayres et al., 2006; Oltramari, 2007). Frente a isso, implementar a Prevenção Combinada seria induzir novos paradigmas de prevenção (Calazans; Parker; Junior, 2023). Esses objetivos, contudo, encontraram um ambiente organizacional propenso a arbitrariedades, resistente à mudança institucional, visto as trajetórias já consolidadas pelo tempo e pela prática.

6 CONSIDERAÇÕES DA PESQUISA

A epidemia de HIV/Aids é um fenômeno complexo e multifacetado que apresenta diferentes desafios para as políticas de prevenção e controle. Os desafios contam com barreiras estruturais, problemas de acesso aos serviços de saúde, fragilização de políticas públicas, além da persistência do estigma e da discriminação historicamente pontuados ao longo de quatro décadas. Essa conjuntura reforça a importância de ações incorporadas simultaneamente e a participação ativa entre os diferentes setores e atores envolvidos na resposta à epidemia de forma integrada.

Apesar da perspectiva de prevenção de agravos e promoção da saúde ser uma abordagem voltada para a Atenção Primária, as estratégias de Prevenção Combinada estão concentradas no serviço especializado, mesmo com a capilarização a partir da formação de uma agenda integrada com a APS. O trabalho traz, através do cenário de Fortaleza, elementos para discutir fluxos operacionais, organizacionais, caracterização da equipe e das unidades de atendimento, demonstrando desde as experiências exitosas as principais lacunas e dificuldades que influenciam no processo de implementação.

Percebe-se que mesmo com a centralização dessas abordagens nos SAE, os equipamentos e as equipes têm dificuldades para implementação das estratégias da prevenção combinada: as biomédicas devido a problemas de estrutura, de profissionais, de recursos tecnológicos e demais elementos presentes nos fluxos de organograma de segmento para a PrEP e a PEP; as comportamentais e estruturais devido as práticas e rotinas de assistência voltadas para o viés biomédico e o suporte para adesão ao tratamento, sem que haja “espaço” para incluir as outras abordagens pedagógicas de prevenção, redução de danos e a promoção da autogestão e autocuidado diante das diferentes formas de exposição ao vírus.

Apesar dos percalços, a equipe se mantém comprometida na resposta ao HIV. Esse contexto é perceptível no estudo, onde o cenário de limitações seja de recursos ou profissionais, não impede que os atores estabeleçam diferentes estratégias para manter os fluxos atuais e se articularem para ampliar os arranjos de cada um dos serviços. O envolvimento com a temática do HIV vai para além do âmbito profissional. As aspirações particulares, entendimento dos desafios da epidemia do HIV, envolvimento com as pautas sociais e históricas no âmbito dos direitos humanos e acesso a saúde de qualidade impulsionam o comprometimento de cada profissional.

A conjuntura de biomedicalização da resposta a epidemia, traz um cenário onde as estratégias estruturais e sociais são menos trabalhadas, gerando um abismo entre a proposta e a execução da mandala. A redução de danos é a estratégia que está mais distante de ser abordada no formato ao qual foi proposto. Os usuários de álcool e outras drogas ainda são estigmatizados e invisibilizados no processo de resposta ao HIV. Os marcadores sociais presentes em diversos estudos no campo do HIV parecem-nos estar perdendo a atenção em detrimento das alternativas medicamentosas.

Mais do que nunca, sociedade civil organizada e demais atores implicados na resposta a epidemia precisam se articular para exigir do Estado respostas efetivas e processos avaliativos das estratégias já implementadas ou em fase de implementação. Estudos no campo da implementação principalmente olhando para o contexto micro são fundamentais para contextualizar lacunas e problemáticas que fogem da visão dos formuladores das políticas e programas. As respostas locais trazem uma experiência chave para identificação das dificuldades de implementação de ações e devem ser alvo dos estudos preocupados em experiências exitosas com relação a prevenção e tratamento do HIV.

As histórias de sucesso e fracasso trazem pessoas, situações e a amplitude de problemas reais na rede de assistência a pessoas que vivem com HIV, para além do planejamento e da gestão. A busca pela prevenção e tratamento são dispares quando os marcadores sociais se encontram. Ao mesmo tempo que temos pessoas afetadas pela violência no território, pobreza, insegurança alimentar e tem dificuldades de acesso e adesão ao tratamento somados a falta de informações cruciais sobre os métodos preventivos, temos uma parcela com dupla cobertura na saúde, com acesso a informações e condições socioeconômicas elevadas. As duas realidades dividem diferentes experiências para evitar a infecção pelo HIV que os serviços precisam estar atentos, falamos aqui de personalização da abordagem de prevenção ao HIV, partindo inclusive do pressuposto da equidade no SUS.

As diferentes categorias previstas no atendimento multiprofissional da linha de cuidados, precisam de um trabalho inter e multidisciplinar para captar esses elementos presentes na realidade da prevenção e tratamento do HIV, e utilizar da discricionariedade quando necessário para tomar decisões que não estão nem minimamente presentes na norma. Este estudo demonstra um quantitativo considerável de lacunas que já são de conhecimento da comunidade científica e social, mas traz a experiência local também para contextualizar que movimentos precisam ser feitos para melhorias da política e dos programas de HIV no município de Fortaleza.

Reconhecemos o movimento da rede de HIV do município para uma resposta efetiva à epidemia de HIV no contexto de limitações, que conta com articulação tanto institucionais como o estado e município, mas também com os movimentos sociais para alcançar metas e objetivos importantes.

Este estudo demonstrou assim com outros de abordagem *bottom-up*, que olhar para as práticas dos profissionais possibilita entender a partir do contexto micro, como essas ações podem influenciar no processo de implementação, bem como elencar lacunas, experiências e rotinas exitosas que podem nortear a aprimoração dos serviços, protocolos e normas que versam os SAE do município de Fortaleza.

É presente uma série de lacunas no funcionamento do serviço, na força de trabalho e formação das equipes, na indisponibilidade de insumos e tecnologias para oferta das diferentes estratégias de prevenção e na estrutura física. Por outro lado, percebemos a criação de uma rede informal de articulação, diferentes processos de tomada de decisão e estabelecimento de arranjos institucionais que mantêm os serviços funcionando, mesmo no contexto de limitação.

Os achados do estudo apontam um distanciamento entre a formulação e a implementação. As diretrizes estabelecidas tanto para regulamentação do funcionamento dos SAE, quanto a oferta das abordagens de Prevenção Combinada do HIV, são em alguns serviços implementadas com recursos mínimos para oferta de assistência.

Espera-se que os resultados contribuam para aprimoramento e fortalecimento do SUS e da rede de atenção ao HIV/Aids em Fortaleza em relação à prevenção e controle da epidemia, sem esquecer da garantia de direitos e demais questões sociais que estão intrinsecamente ligadas com o contexto de vulnerabilidade da população.

REFERÊNCIAS

ADAMY, Paula Emília; CASIMIRO, Gilvane; BENZAKEN, Adele. Na era da prevenção combinada. *In: Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA, p. 29-34, 2020.

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

_____, Peter; PARKER, Richard. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 8, p. 1552-1558, 2015.

ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 837-848, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pqb9fWrZ5yG45zbXyZJ3PXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

AYRES, J. R de C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANCA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In: CAMPOS, G. W. S., et al., (orgs). Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2006. p. 375-417. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-443464>. Acesso em: 22 abr 2023.

BARRETT, Susan M. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. **Public administration**, v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0033-3298.2004.00393.x>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BAVINTON, Benjamin R. et al. The Opposites Attract Study of viral load, HIV treatment and HIV transmission in serodiscordant homosexual male couples: design and methods. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-917>. Acesso em: 22 abr 2023.

BELOQUI, Jorge. O Tratamento para a Prevenção da Exposição Sexual e Diversos Lugares das PVHA Através da História. *In: Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA, p. 35-43, 2020.

BERK, Gerald; GALVAN, Dennis C.; HATTAM, Victoria (Ed.). **Political creativity: reconfiguring institutional order and change**. University of Pennsylvania Press, 2013.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological methods & research**, v. 10, n. 2, p. 141-163, 1981. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/004912418101000205?journalCode=smra>. Acesso em: 22 abr 2023.

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **ONU aponta Brasil como referência mundial no controle da Aids. Brasília: Ministério da Saúde**, 2015. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/2013-11-14-17-44-09/item/246-onu-aponta-brasil-como-referencia-mundial-no-controle-da-aids>. Acesso em: 22 abr. 2023.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é prevenção combinada**. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013**. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://antigo.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2013/-outras_portarias/portaria_conjunta_n_1_pdf_11435.pdf?file=1&type=node&id=52759&force=1. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 68, de 13 de dezembro de 2016**. Institui a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-n-68-de-13-de-dezembro-de-2016>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 20, de 14 de maio de 2018**. Institui e regulamenta o funcionamento e os procedimentos das Comissões Assessoras relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2018/prt0020_29_05_2018_rep.html. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 22 de 25 de maio de 2017**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-22-de-25-maio-de-2017>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS (hoje Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRODKIN, Evelyn Z.; MAJMUNDAR, Malay. Administrative exclusion: Organizations and the hidden costs of welfare claiming. **Journal of public administration research and theory**, v. 20, n. 4, p. 827-848, 2010.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 207-222, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qr9cptjJJgsCKJzQnJtJ4bw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 263-293, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

CAMPOS, Jefferson Rummenigge Nascimento et al. Políticas públicas para o enfrentamento do HIV/AIDS em países com sistema universal e gratuito de saúde: uma análise segundo a UNAIDS. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e37310212574-e37310212574, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12574>. Acesso em: 22 abr 2023.

CANTO, André. **Carta para Além dos Muros**. Direção: André Canto. Brasil: Netflix, 2019.

CDC. **Effectiveness of Prevention Strategies to Reduce the Risk of Acquiring or Transmitting HIV**. Centers for Disease Control and Prevention - Division of HIV/AIDS Prevention, HIV Risk and Prevention Estimates, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/preventionstrategies.html#>. Acesso em: 11 abr. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Ceará: Secretaria da Saúde, n. 1, dez, 2022

CLINE, Kurt D. Defining the implementation problem: organizational management versus cooperation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 10, n. 3, p. 551-572, 2000. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/10/3/551/945558?login=false>. Acesso em: 22 abr 2023.

COHEN, Myron S. et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 9, p. 830-839, 2016. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1600693>. Acesso em: 22 abr 2023.

CONTRERA, Wildney Feres. **GAPAs: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 210-225, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n104/210-225/>. Acesso em: 22 abr 2023.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: **Atlas**, v. 1, p. 62-83, 2005. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/38899413/Entrevista-Em-Profundidade#>. Acesso em: 22 abr 2023.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S0104-40602004000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 abr 2023.

ELMORE, Richard F. Backward mapping: Implementation research and policy decisions. **Political science quarterly**, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1979.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; GUIMARÃES, Natália Cordeiro. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 283-322, 2020.

FERREIRA, Vicente da Rocha Soares; MEDEIROS, Janann Joslin. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 14, n. 3, p. 776-793, 2016.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025: análise de situação da Saúde - volume 1**. 1º ed. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**, v. 2, p. 64-89, 2002.

GAVIGAN, Kelly et al. **Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI**. Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

GOODSELL, C. **The Public Encounter: Where State and Citizen Meet**. Indiana University Press, 1981.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. **Medicine**, v. 97, n. 1 Suppl, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991533/>. Acesso em: 22 abr 2023.

GUPTA, Akhil. Red tape. **Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India**. Durham/London. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822394709>, 2012.

HARRITS, Gitte Sommer; MØLLER, Marie Østergaard. Prevention at the front line: How home nurses, pedagogues, and teachers transform public worry into decisions on special efforts. **Public Management Review**, v. 16, n. 4, p. 447-480, 2014.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. Disponível em: Acesso em:

HILL, Michael. **Implementation: an overview**. Sage, 2005

_____, Michael; HUPE, Peter. **Implementing public policy: Governance in theory and in practice**. Sage, 2002.

_____, Michael; VARONE, Frédéric. **The public policy process**. Taylor & Francis, 2016.

HONIG, Meredith I. (Ed.). **New directions in education policy implementation: Confronting complexity**. State University of New York Press, 2006.

HUISING, Ruthanne; SILBEY, Susan S. Governing the gap: Forging safe science through relational regulation. **Regulation & Governance**, v. 5, n. 1, p. 14-42, 2011.

KERR, Ligia Regina Franco Sansigolo; MOTA, Rosa Salani; KENDALL, Carl. **Epidemiologia do HIV/aids entre homens que fazem sexo com homens (HSH) no Brasil**. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/31865>. Acesso em: 22 abr 2023.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives, and public policies**. 2nd. NY: HaperCollins College Publisher, 1995.

KIPPAX, Susan; STEPHENSON, Niamh. Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV prevention through the lens of a social public health. **American journal of public health**, v. 102, n. 5, p. 789-799, 2012.

LAMONT, Michèle. **Money, morals, and manners: The culture of the French and the American upper-middle class**. University of Chicago Press, 1992.

_____, Michèle. **The dignity of working men: Morality and the boundaries of race, class, and immigration**. Harvard University Press, 2000.

_____, Michèle; BELJEAN, Stefan; CLAIR, Matthew. What is missing? Cultural processes and causal pathways to inequality. **Socio-Economic Review**, v. 12, n. 3, p. 573-608, 2014.

LEGARD, Robin; KEEGAN, Jill; WARD, Kit. **In-depth interviews. Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers**, v. 6, n. 1, p. 138-169, 2003. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=z5y0LCT8YNUC&oi=fnd&pg=PA138&ots=q5gRBhN_D-&sig=Mu5Ivda0Cvn8MeDi55wOXj4CT88#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 22 abr 2023.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de sociologia e política**, v. 21, p. 101-110, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/zpwj63WjFbZYVksXgnXDSjz/>. Acesso em: 22 abr 2023.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service**. Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, Gabriela (org.). **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2019. 323 p.

_____, Gabriela Spanghero. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, n. 65, 2014.

_____, Gabriela Spanghero. **Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

_____, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Categorizando usuários “fáceis” e “difíceis”: práticas cotidianas de implementação de políticas públicas e a produção de diferenças sociais. **Dados**, v. 63, n. 4, p. e20190112, 2020.

_____, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho; OLIVEIRA, Vanessa Elias. **Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas**. 2014.

_____, Gabriela. **Burocracia e implementação de políticas públicas: desafios e potencialidades para redução de desigualdades**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6230>. Acesso em: 22 abr 2023.

LUCAS, Márcia Cavalcanti Vinhas; BÖSCHEMEIER, Ana Gretel Echazú; SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de. Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a

prevenção combinada em questão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33053, 2023.

MACDOUGALL, Colin; FUDGE, Elizabeth. Planning and recruiting the sample for focus groups and in-depth interviews. **Qualitative health research**, v. 11, n. 1, p. 117-126, 2001.

Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973201129118975?journalCode=qhra>. Acesso em: 22 abr 2023.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. B. **Implementation as evolution**. In: PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. B. (Eds.). *Implementation*. 3. ed. Berkeley: University of California Press, 1984.

MAYNARD-MOODY, Steven; MUSHENO, Michael. **Cops, teachers, counselors: narratives of street-level judgment**. Ann Arbor: University of Michigan Press, p. 16-23, 2003.

_____, Steven; MUSHENO, Michael. Social equities and inequities in practice: Street-Level workers as agents and pragmatists. **Public administration review**, v. 72, n. s1, p. S16-S23, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2012.02633.x>. Acesso em: 22 abr 2023.

MELCHIOR, R. et al.. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 143–151, jan. 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 72-87, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Y5CzrpBRMfQfYtCKjhXT9ZS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

MEYERS, Marcia K.; VORSANGER, Susan. **Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas**. Administração pública: coletânea. São Paulo/Brasília: Unesp/Enap, p. 249-270, 2010.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003. Acesso em: 22 abr 2023.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180410, 2019.

MUÑOZ SÁNCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/yYhdsJmsHDTKbryR3ryqhPm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

NATIVIDADE, Marcelo Tavares; SOUSA, Bruno Alves; ROCHA, Romulo do Nascimento. Políticas sexuais, saúde e violência em tempos de pandemia da COVID-19. **Revista TOMO**, n. 39, p. 45-45, 2021. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/15105>. Acesso em: 22 abr 2023.

NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi; SHIMA, Hisako; TAKAHASHI, Renata Ferreira. Buscando a compreensão do enfrentamento da AIDS no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 149-158, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9xny6LhzxF7KGmbrjgyy9gg/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

NIELSEN, Vibeke Lehmann. Are street-level bureaucrats compelled or enticed to cope?. **Public administration**, v. 84, n. 4, p. 861-889, 2006

OLTRAMARI, Leandro Castro. A Biopolítica da AIDS: Formas de Prevenção ou Controle? The Biopolitics of AIDS: Ways of Prevention or Control?. **PerCursos**, v. 4, n. 1, 2007.

PARKER, Richard G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, p. 99-108, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bGtxT7kDWySTSN5mC6Qgv6y/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

PATTON, Michael Quinn. Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. **Qualitative social work**, v. 1, n. 3, p. 261-283, 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325002001003636?journalCode=qswa>. Acesso em: 22 abr 2023.

PIRES, Roberto Rocha C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. **Dados**, v. 52, p. 734-769, 2009.

ROCHA, Fatima et al. A interface entre atenção primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. **Saúde em Debate [online]**. v. 46, n. spe7 [Acessado 4 Outubro 2024] , pp. 19-30.

ROCHA, R. N. **Sobre estigma e discriminação: um estudo com pessoas vivendo com HIV/AIDS em Fortaleza-CE**. 2021. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ROCHA, Virginia. Da teoria à análise: Uma introdução ao uso de entrevistas individuais semiestruturadas na ciência política. **Revista Política Hoje**, v. 30, n. 1, p. 197-251, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/247229>. Acesso em: 22 abr 2023.

RODGER, Alison J. et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **Jama**, v. 316, n. 2, p. 171-181, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2533066>. Acesso em: 22 abr 2023.

SABATIER, Paul A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. **Policy sciences**, v. 21, n. 2-3, p. 129-168, 1988. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/bf00136406>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____, Paul; MAZMANIAN, Daniel. The conditions of effective implementation: A guide to accomplishing policy objectives. **Policy analysis**, p. 481-504, 1979. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/42783358>. Acesso em: 22 abr 2023.

SCHAURICH, Diego. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, v. 4, n. 06, p. 115-127, 2004. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325>. Acesso em: 22 abr 2023.

SCHAURICH, Diego; COELHO, Débora Fernandes; MOTTA, Maria da Graça Corso da. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 3 (jul./set. 2006), p. 455-462, 2006.

SCHNEIDER, Anne L.; INGRAM, Helen M. (Ed.). **Deserving and entitled: Social constructions and public policy**. Suny Press, 2005.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. **A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS**. ABIA, organizador. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS, 2016.

SEIBEL, Emi J. **Demandas sociais, políticas públicas e a definição da agenda pública**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciência Humanas. [s/d1], 2005.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 187-192, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8MGqFCjhjvXKQsq37t6q7PK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 22 abr 2023.

SOUZA, Celina. " Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 18, p. 15-20, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/P74kwjCmQ5Q5ySrKLYpgdCB/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

STOKER, Robert P. Reluctant partners: Implementing federal policy. University of Pittsburgh Pre, 1991.

TAVARES, T. R. P.; MELO, L. P. DE .. "A gente vive em cima da corda bamba": experiência de profissionais da saúde que trabalham com o HIV/aids em uma área remota do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00063618, 2018.

TREVISAN, João Silvério. Rumo ao Estado higiênico. *In: Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018. p. 167-171.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics**. UNAIDS Brasil, 2018. Disponível em: <https://unaid.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>. 30 jan. 2023

_____. **Estatísticas**. UNAIDS Brasil, 2023. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas>. Acesso em: 30 jan. 2023.

_____. **Indetectável = Intransmissível**. UNAIDS Brasil, 2018. Disponível em: <https://unaid.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>. 30 jan. 2023

_____. **Índice de Estigma Brasil 2019**. UNAIDS Brasil, 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/indice-estigma/>. Acesso em: 22 abr 2023.

_____. **Metas 90-90-90 podem evitar 28 milhões de novas infecções**. UNAIDS Brasil, 2014. Disponível em: <https://unaid.org.br/2014/11/metas-90-90-90-podem-evitar-28-milhoes-de-novas-infecoes/>. 30 jan. 2023.

VAN OORSCHOT, Wim. Solidarity towards immigrants in European welfare states. **International Journal of Social Welfare**, v. 17, n. 1, p. 3-14, 2008.

VICENTE, VMB; CALMON, PCP. **A análise de políticas públicas na perspectiva do Modelo de Coalizões de Defesa**. ENCONTRO DA ANPAD 35., 2011, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro, 2011.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 06, p. 1951-1960, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n6/1951-1960/>. Acesso em: 22 abr 2023.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 22 abr 2023.

WEIBLE, Christopher M.; SABATIER, Paul A.; MCQUEEN, Kelly. Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. **Policy studies journal**, v. 37, n. 1, p. 121-140, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1541-0072.2008.00299.x>. Acesso em: 22 abr 2023.

WHYTE, William Foote. **Sociedade de esquina**. Zahar, 2005.

WOLFFENBÜTTEL, Karina. A contribuição dos CTA na oferta da Prevenção Combinada: Limites e Possibilidades. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR, Veriano e PARKER, Richard.(orgs.) **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. ABIA: Rio de Janeiro, 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu Silvana. " A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família-ESF. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 41-58, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fractal/a/dgP7Hkb7W98tDTzW9KQb7qS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr 2023.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

BLOCO 1 – DADOS PESSOAIS

Nome social:

Nome completo:

Idade:

Local de residência:

Escolaridade e/ou formação:

Área de formação/atuação:

Autodeclaração de raça e/ou etnia:

() Branco () Pardo () Preto () Indígena

Identidade de gênero:

() Cisgênero () Transexual () Transgênero () Não-binário

Você participa de algum movimento social, organização profissional e/ou instâncias da política de assistência? Quais?

BLOCO 2 – AS ABORDAGENS DE PREVENÇÃO DO HIV, OS PROCESSOS, AS CONDIÇÕES E AS RELAÇÕES DE TRABALHO

- 1) Descreva um dia típico de trabalho.
- 2) Como é trabalhar no [NOME DO SERVIÇO]?
 - Investigar sentimentos de interação no trabalho
 - Investigar interação com a gestão
 - Investigar interação com os outros trabalhadores (equipe)
 - Investigar interação com os usuários
- 3) Na sua perspectiva, como podemos prevenir o HIV?
- 4) O que você conhece sobre a Política de Prevenção Combinada do HIV?
- 5) Como este serviço aborda a prevenção do HIV?
 - Investigar o papel do entrevistado e dos demais profissionais
 - Investigar as abordagens de prevenção empregada, as condições de trabalho, relações com outros serviços da rede de saúde e fluxos de atendimento.

BLOCO 3 – CARACTERIZAÇÃO, PERFIL E DEMANDAS DOS USUÁRIOS

- 6) Você percebe diferentes perfis de usuários? Como você descreveria o usuário que acessa este serviço para prevenção do HIV?
- 7) De que forma você descreveria o perfil de usuário mais fácil de trabalhar a prevenção do HIV? E como lida com casos mais complexos?
- 8) Quais as necessidades mais frequentes entre os usuários que buscam o serviço? De que modo eles têm acesso às suas necessidades? Como acessam?
- 9) Você considera que algum tipo de usuário recebe diferentes formas de tratamento para a prevenção do HIV? Você percebe/percebeu discriminação no serviço que você trabalha? Como isso ocorre?

BLOCO 4 – AS HISTÓRIAS DE SUCESSO E FRACASSO

- 10) Há casos de êxito na prevenção do HIV que você tenha vivenciado nesse serviço? Poderia compartilhar conosco?
- 11) Há casos em que não houve êxito na prevenção do HIV que você tenha vivenciado no serviço? Poderia compartilhar conosco?
 - Elementos a serem resgatados nas narrativas:
 1. Descrição de quem são os personagens;
 2. Explicação das relações entre os personagens;
 3. Exposição dos sentimentos dos personagens entre si e em relação aos eventos;
 4. Apresentação do local e dos contextos em que o(s) evento(s) ocorreu(m).
- 12) Existe alguma outra história ou experiência relacionada à prevenção do HIV que você gostaria de compartilhar?
- 13) Considerando suas experiências neste serviço, quais aprendizados foram possíveis? Quais as mudanças na sua prática e nos processos de trabalho do serviço se fizeram necessárias?

BLOCO 5 – AS PROPOSIÇÕES PARA OS FLUXOS DE TRABALHO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

- 14) Houve situações em que você sentiu a necessidade de tomar decisões diferentes das orientações, normativas, protocolos oficiais e dos processos de trabalho habituais do serviço? Se sim, poderia compartilhar conosco?
- 15) Como seria possível melhorar a prevenção do HIV nas ações cotidianas do serviço que você trabalha?
- 16) Você mudaria algo na política de prevenção ao HIV?
- 17) Você tem mais alguma consideração? Gostaria de acrescentar algo que não foi abordado na entrevista?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por RÔMULO DO NASCIMENTO ROCHA como participante da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV NO CEARÁ: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, sob orientação da Prof^a. Dra Carmem Emmanuely Leitão Araújo - Universidade Federal do Ceará. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Objetivos

Analisar a implementação da Estratégia de Prevenção Combinada do HIV no Ceará, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde que atuam em serviços de atenção à saúde. Caracterizar a Estratégia de Prevenção Combinada do HIV a partir de sua constituição normativa. Identificar as abordagens e ações de prevenção ao HIV em serviços de atenção à saúde. Caracterizar a implementação levando em consideração as interações, os contextos, as condições e as estruturas de trabalho para a Prevenção Combinada do HIV. Analisar efeitos e lacunas da implementação em serviços de saúde na perspectiva dos profissionais de saúde.

Procedimentos

Esta pesquisa é baseada na aplicação de um roteiro norteador de perguntas, sinta-se aberto e à vontade para falar sobre suas percepções. A informação registrada é confidencial, e ninguém mais, exceto a equipe de coordenação do estudo, terá acesso. A entrevista será em um lugar silencioso, em data e horário escolhido por você, e depois as falas serão transcritas e analisadas. Se o(a) Sr(a). não desejar responder quaisquer uma das perguntas durante a entrevista, poderá nos dizer e o entrevistador passará para a próxima pergunta. Ninguém mais além do entrevistador estarão presentes a menos que o(a) Sr(a). queira que outra pessoa esteja como acompanhante. A entrevista será gravada em um gravador digital, se você permitir, bem como registrar a sua fala por meio de escrita. Você poderá ter acesso às informações referentes à pesquisa pelos telefones e endereços citados abaixo e, caso deseje, poderão ser eliminados trechos que você considere inadequados mencionar depois de transcritas as falas. A entrevista poderá ter uma duração de 40 minutos a 1 hora. O arquivo será mantido sob a guarda do pesquisador responsável pelo estudo.

Riscos ou desconfortos

Este estudo apresenta alguns riscos como invasão de privacidade, ou desconforto que poderá sentir por compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por casualidade. O(a) Sr(a). não tem que responder qualquer pergunta ou parte de informações se sentir que a pergunta é muito pessoal ou se sentir incomodado(a) em falar. Neste estudo, **NÃO** haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Informamos que o (a) Sr. (a) tem direito a buscar indenização caso venha a sofrer qualquer tipo de dano decorrente da sua participação nesse estudo, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios

Não haverá nenhum benefício direto ao(à) participante do estudo. A participação contribuirá na compreensão do processo de implementação da Estratégia de Prevenção Combinada de HIV/aids na perspectiva dos profissionais de saúde.

Incentivos

Não será fornecido ao(à) Sr(a). nenhum pagamento, incentivo ou vantagem por participar da pesquisa.

Confidencialidade

Não compartilharemos informações sobre o(a) Sr(a). para qualquer pessoa que esteja fora da equipe de pesquisa. As informações que coletarmos nesta pesquisa serão mantidas totalmente em sigilo. Qualquer informação sobre o(a) Sr(a). receberá um número/código ao invés de seu nome. Somente os pesquisadores principais saberão qual é o seu número/código e manteremos esta informação protegida, em total sigilo. Ela não será compartilhada ou fornecida a qualquer pessoa exceto aquelas que integram a equipe central do estudo. Seu nome **NÃO** será identificado em nenhum trabalho resultante desse estudo.

Divulgação dos resultados

O conhecimento que obtivermos desta pesquisa será compartilhado com o(a) Sr(a) antes de ser extensamente disponível ao público. Em nenhuma situação haverá a divulgação de nomes ou informações que possam ligar diretamente ao(à) Sr(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Direito de recusar ou desistir do consentimento

Destacar, ainda que o(a) Sr(a). a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Quem contatar

Se o(a) Sr(a). tiver qualquer pergunta, pode perguntar agora ou depois. Caso posteriormente deseje mais informações ou esclarecimentos, o(a) Sr(a). pode contatar:
Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Rômulo do Nascimento Rocha

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Professor Costa Mendes 1608; Bloco didático / 5o andar – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará – CEP: 60430-140

Telefones para contato: (85) 3366-8045 / (85) 98544-9722

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O _____ abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E ratifico, ainda, o recebimento de uma cópia deste termo, o qual foi elaborado em duas vias, com rubricas em todas as suas páginas e assinaturas ao término, tanto minha enquanto participante convidado(a) para a pesquisa quanto do pesquisador responsável. Assim, declaro ciência acerca dos termos da pesquisa e anuência da minha participação.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do participante da pesquisa Telefone:	Data:	Assinatura _____
Nome do pesquisador Telefone:	Data:	Assinatura _____
Nome da testemunha (se aplicável) Telefone:	Data:	Assinatura _____
Nome do profissional que aplicou o TCLE Telefone:	Data:	Assinatura _____