



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

EDELINO ALVES DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS ISTs E DO HIV/AIDS NO USO DA PROFILAXIA
PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV POR PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO**

FORTALEZA

2024

EDELINO ALVES DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS ISTs E DO HIV/AIDS NO USO DA PROFILAXIA
PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV POR PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camila Gonçalves De Mario.

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)

- S234a Santos, Edelino Alves dos.
Avaliação do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio / Edelino Alves dos Santos. – 2024.
221 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Camila Gonçalves De Mario.
1. Aids. 2. Avaliação. 3. HIV. 4. Políticas Públicas. 5. PrEP. I. Título.

CDD 320.6

EDELINO ALVES DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E
CONTROLE DAS ISTs E DO HIV/AIDS NO USO DA PROFILAXIA
PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV POR PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 22/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Camila Gonçalves De Mario (Orientadora)
Universidade Cândido Mendes (UCAM)

Prof^a. Dr^a. Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr. Mário Fellipe Fernandes Vieira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

O Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids, objeto de avaliação deste estudo, especificamente em relação à implementação do programa da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), vem atuando na vanguarda do combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) no Brasil desde a década de 1980, configurando-se como importante dispositivo de intervenção orientado ao seu controle no país. Segundo dados do último boletim epidemiológico de HIV/aids do Ministério da Saúde, o Brasil acumulou 1.088.536 casos de aids diagnosticados entre 1980 e junho de 2022, com registro anual médio, nos últimos cinco anos, de 36,4 mil novos casos da doença, e atingiu a marca de 40.880 novos casos de infecção por HIV registrados apenas em 2021. De acordo com o último boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do Ceará, entre os anos de 2013 e 2021, houve uma elevação do quantitativo de casos de infecção por HIV, os quais saltaram de 690 casos notificados no ano de 2013 para 2.018 casos notificados no ano de 2021. Entre 2013 e 2022, a maior parte dos casos de aids decorreu de exposição entre indivíduos com práticas sexuais exclusivamente homoafetivas, ao mesmo tempo em que um terço da totalidade dos casos diagnosticados de HIV foi visualizada entre bi e homossexuais, o que revela um forte envolvimento de segmentos das populações-chaves na dinâmica da epidemia de aids no Ceará. A epidemia de aids, portanto, ainda continua a impactar sobremaneira segmentos das populações mais vulneráveis. Este estudo objetivou avaliar o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no contexto da implementação do programa da PrEP no HUWC. O referencial teórico baseou-se nas categorias analíticas de acesso à saúde, equidade, vulnerabilidade e estigma, preconceito e discriminação. Esta pesquisa classifica-se como um estudo de caso do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, com aportes quantitativos, que foi realizado na perspectiva da avaliação em profundidade. A investigação ocorreu no HUWC. A população englobou todos os usuários cadastrados no programa da PrEP do HUWC e todos os profissionais, das mais diversas áreas, envolvidos na sua implementação. Os dados foram coletados através de triangulação de métodos, tendo como base pesquisa bibliográfica, de campo, documental e entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde e com os usuários. A análise dos dados envolveu descrição estatística e análise temática. Os resultados obtidos foram apresentados através de tabelas e gráficos e de descrições das falas dos integrantes da amostra e de fatos importantes observados. Na sequência, os resultados foram discutidos à luz da literatura atual. Respeitou-se a Resolução

n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para evitar danos de qualquer natureza aos envolvidos, tendo sido este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC sob Parecer n. 6.570.956. Os resultados indicaram que o programa de PrEP do HUWC cobre, em sua maioria, homens cis, gays, pardos, com ensino superior completo ou incompleto e residentes em Fortaleza. A retenção dos usuários ao programa se mostrou frágil, com uma taxa de abandono alta, concentrada, principalmente, nos primeiros meses de acompanhamento. As entrevistas com os profissionais e usuários revelaram barreiras e desafios para o acesso e permanência dos usuários no programa, envolvendo questões relacionadas à estrutura dos serviços, à organização do atendimento, à comunicação entre profissionais e usuários e ao desconhecimento acerca da PrEP. Concluiu-se que os objetivos do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids não estão sendo plenamente atingidos no contexto local de implementação do programa de PrEP no HUWC, sendo necessário que esse programa passe por um processo de reestruturação afim de que possa otimizar o seu impacto na prevenção ao HIV/aids.

Palavras-chave: aids; avaliação; HIV; políticas públicas; PrEP; prevenção; saúde pública.

ABSTRACT

The National Program for the Surveillance, Prevention, and Control of STIs and HIV/AIDS, which is the focus of this study, specifically regarding the implementation of the Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) program for Human Immunodeficiency Virus (HIV) at Walter Cantídio University Hospital (HUWC), has been a pioneer in the fight against Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Brazil since the 1980s. It serves as a critical intervention tool for controlling the disease nationwide. According to the most recent HIV/AIDS epidemiological report from the Brazilian Ministry of Health, a total of 1,088,536 AIDS cases were diagnosed between 1980 and June 2022, with an annual average of 36,400 new cases over the past five years and 40,880 new HIV infection cases reported in 2021 alone. The most recent epidemiological bulletin from the Ceará State Health Department reported a significant increase in HIV infection cases, rising from 690 cases in 2013 to 2,018 cases in 2021. From 2013 to 2022, most AIDS cases resulted from exposure among individuals engaging in exclusively same-sex practices, while one-third of all diagnosed HIV cases involved bisexual and homosexual individuals. These trends highlight the significant role of key populations in the dynamics of the AIDS epidemic in Ceará. Consequently, the epidemic continues to affect the most vulnerable segments of the population disproportionately. This study aimed to evaluate the National Program for the Surveillance, Prevention, and Control of STIs and HIV/AIDS in the context of the implementation of the PrEP program at HUWC. The theoretical framework employed analytical categories such as healthcare access, equity, vulnerability, stigma, prejudice, and discrimination. This research is classified as a descriptive case study, with a qualitative approach and quantitative contributions, conducted from the perspective of in-depth evaluation. The investigation took place at HUWC and included all users enrolled in the PrEP program and all professionals from diverse disciplines involved in its implementation. Data were collected using a triangulated approach, including bibliographic, field, and document research, as well as semi-structured interviews with the multidisciplinary healthcare team and program users. The analysis included a statistical description and thematic analysis. The results are presented using tables, graphs, and narrative descriptions of participants' statements and significant observed events. Findings were discussed in light of current literature. Ethical guidelines outlined in Resolution No. 466/2012 of the Brazilian National Health Council were adhered to, ensuring no harm to participants, and the study was approved by the HUWC Research Ethics Committee under Opinion No. 6.570.956. The results showed that the HUWC PrEP program primarily serves cisgender men, gay individuals, people

of mixed race, those with complete or incomplete higher education, and residents of Fortaleza. However, user retention in the program was found to be low, with a high dropout rate concentrated mainly in the initial months of follow-up. Interviews with professionals and users highlighted barriers and challenges to accessing and staying in the program, including issues related to service infrastructure, care organization, communication, and a lack of awareness about PrEP. In conclusion, the objectives of the National STI/HIV/AIDS Program are not fully achieved in the local context of PrEP implementation at HUWC. The program requires restructuring to optimize its impact on HIV/AIDS prevention.

Keywords: AIDS; evaluation; HIV; PrEP; prevention; public policy; public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mandala da prevenção combinada	64
Figura 2 – Fluxograma para avaliação de indicação de PrEP em adultos sexualmente ativos	70
Figura 3 – Articulação da rede de serviços e instituições para a oferta de PrEP	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do número de consultas de acompanhamento relativas aos usuários que abandonaram o programa de PrEP do HUWC	119
---	-----

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Reportagem de jornal sobre o caos na saúde no início da epidemia de aids no Brasil	33
Imagem 2 – Reportagem de jornal em que se utiliza a aids para disseminação de homofobia com base em preceitos religiosos	37
Imagem 3 – Reportagens do jornal <i>Luta Democrática</i> estigmatizando a aids	38
Imagem 4 – Manchete do jornal <i>Folha de S. Paulo</i> estigmatizando a aids e utilizando-a para disseminar pânico e medo na cidade de São Paulo	38
Imagem 5 – Manchetes do jornal <i>Folha de S. Paulo</i> relacionando a aids aos gays e à África	39
Imagem 6 – Vítimas famosas da aids no Brasil: o cartunista Henfil, o ator Lauro Corona, o cantor Cazuza, a atriz Cláudia Magno, o cantor Renato Russo, o sociólogo Betinho e os atores Tales Pan Chacon e Sandra Brea	40
Imagem 7 – Campanha de prevenção à aids de 1988	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Seguimento clínico e laboratorial de pessoas em uso de PrEP	73
Quadro 2	– Indicadores monitorados na análise da implantação da estratégia de PrEP	76
Quadro 3	– Distribuição das classes de variáveis para a coleta de dados em prontuários médicos	109
Quadro 4	– Instrumento de análise do material empírico qualitativo	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição da amostra quanto ao perfil sociodemográfico dos usuários ativos no programa de PrEP do HUWC	117
----------	---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abia	Associação Interdisciplinar de Aids
aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Azidotimidina
BM	Banco Mundial
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
Cedip	Clínica e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
dp	Desvio Padrão
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
FTC	Entricitabina
Gapa	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
ImPrEP	Implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INI/Fiocruz	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
iPrEX	Iniciativa de Profilaxia Pré-Exposição

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LaPClin-Aids	Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros e Travestis, Queers, Intersexos, Assexuais, Pansexuais e demais identidades de gênero e orientações sexuais
MPV	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
M&A	Monitoramento e Avaliação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PCDT-PrEP	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PDS	Partido Democrático Social
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPI	Programa de Parcerias de Investimentos
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PT	Partido dos Trabalhadores
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
Same	Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Somos	Somos – Grupo de Afirmação Homossexual
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
Tarv	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	Tratamento como Prevenção

TDF	Tenofovir
TR	Teste Rápido
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UF	Unidade Federada
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Uece	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
Un aids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unifem	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	TRAJETÓRIA DO PROGRAMA NACIONAL DE ISTs/HIV/AIDS	27
2.1	A sete chaves: o armário do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids	27
2.2	A saída do armário	41
2.3	[Trans]formações no Programa Nacional de ISTs/HIV/aids	56
3	REFERENCIAL TEÓRICO	78
3.1	Acesso à saúde	78
3.2	Equidade	84
3.3	Vulnerabilidade	89
3.4	Estigma, preconceito e discriminação	93
4	ARCABOUÇO METODOLÓGICO DA AVALIAÇÃO	103
4.1	Desenho do estudo	103
4.2	Local da coleta de dados	105
4.3	População do estudo e amostra	106
4.4	Critérios de inclusão e exclusão	107
4.5	Procedimentos para coleta de dados	108
4.6	Riscos e benefícios	110
4.7	Análise dos dados	112
4.8	Forma de apresentação dos resultados	115
4.9	Aspectos éticos	115
5	SÍNTESE DA AVALIAÇÃO	116
5.1	Cobertura e abandono ao programa de PrEP	116
5.2	Vozes dos sujeitos do estudo	126
5.2.1	<i>Análise das entrevistas com os profissionais</i>	126
5.2.2	<i>Análise das entrevistas com os usuários</i>	144
6	CONCLUSÃO	162
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	196

APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE ABANDONO	198
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM USUÁRIO	199
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAL	201
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIO DE PrEP	203
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAL	207
ANEXO A – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO DE PrEP (ANO DE REFERÊNCIA: 2017)	211
ANEXO B – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO DE PrEP (DATA DE REFERÊNCIA: MAIO DE 2023)	213
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	215

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids¹, sigla em inglês para *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) é uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)², sem cura, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*), que promove uma deterioração gradual do sistema imunológico do indivíduo acometido, levando-o à morte, caso o tratamento não seja iniciado precocemente (Brasil, 2010). Estima-se que, aproximadamente, 39 milhões de pessoas vivam com o HIV no mundo inteiro. É o que mostra o relatório global do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids) em relação ao ano de 2022. No mesmo ano, houve 1,3 milhão de novas infecções por HIV (Unaids, 2023).

Em termos globais, desde o surgimento da epidemia de aids, cerca de 85,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, sendo contabilizados em torno de 40,4 milhões de mortes em decorrência da doença. Apenas em 2022, a aids ceifou 630 mil vidas ao passo que 29,8 milhões de pessoas se mantiveram em tratamento regular para a doença com base em terapia antirretroviral (Tarv) (Unaids, 2023).

Dessa forma, a aids continua se apresentando como um grave problema de saúde pública que, no caso do Brasil, já vitimou 371.744 pessoas desde o início da epidemia em 1980. Somente em 2021, houve um total de 11.238 mortes no país em virtude da doença, o que representa uma taxa de mortalidade de 4,2 óbitos/100 mil habitantes. (Brasil, 2022a).

¹ A partir deste ponto, a grafia do termo "aids" será adotada em letras minúsculas ao longo do corpo deste estudo, em consonância com as reflexões propostas por Daniel (2018) e corroboradas por Anuniação (2020). Daniel (2018) destaca a relevância de utilizar letras minúsculas para ressaltar o significado contradizente que a palavra "aids" pode carregar, indo além da mera especificação como doença atribuída pela sigla AIDS, grafada em maiúsculo. Tal escolha linguística se coaduna com a proposta de não perpetuação de estigmas associados ao termo ao longo do tempo, conforme destacado por Anuniação (2020), que faz menção à troca da grafia do termo como um meio de desmistificar e desestigmatizar a aids, que, desde sempre, tem sido escarificada por pânico e medo. A opção pela grafia do termo em letras minúsculas visa intencionalmente à quebra desses estigmas, reconhecendo que quaisquer discriminações e preconceitos em relação à aids não podem ocupar um espaço nem se sustentar na sociedade atual. No entanto, cabe salientar que, no decurso do texto, exceções serão feitas quanto à grafia do termo "aids", que poderá aparecer escrito totalmente com letras maiúsculas ou somente com a letra inicial em maiúsculo em situações específicas, tais como citações e títulos de materiais constantes da relação de referências bibliográficas deste estudo, seguindo a diretriz aqui explicitada. Essa ressalva se faz com o intuito de preservar a fidedignidade das citações e manter a consistência gráfica quando da referenciação das respectivas obras.

² Neste estudo, utilizamos a sigla IST em vez de DST (Doença Sexualmente Transmissível) para refletir os avanços mais recentes do conhecimento científico relativos à saúde sexual. O uso da sigla IST atende a uma perspectiva terminológica que reconhece que nem todas as infecções transmitidas de forma sexual resultam em manifestações clínicas visíveis de uma doença. A sigla IST abrange um escopo mais amplo de condições, incluindo aquelas em que a infecção pode ser assintomática, mas que ainda assim representam um risco de transmissão (Cartaxo, 2021). Vale ressaltar, no entanto, que a sigla DST será mantida nas citações de autores que a utilizam, resguardando, assim, a fidelidade e a originalidade dos textos citados no decurso deste estudo.

A última estimativa de cascata de cuidado do Ministério da Saúde (MS) indicou que, até o ano de 2021, 960.000 pessoas viviam com HIV/aids no Brasil, das quais 852.000 (89%) já tinham sido diagnosticadas e 108.000 ainda não sabiam que haviam sido infectadas pelo vírus. Do total de indivíduos com diagnóstico positivo, 700.000 (82%) estavam em uso de Tarv, e, destes, 665.000 (95%) já não disseminavam sexualmente o HIV, devido à supressão de carga viral a níveis indetectáveis. Até setembro de 2022, já havia por volta de 727.000 indivíduos vivendo com HIV em acompanhamento terapêutico com antirretrovirais (Lançamento..., 2022).

Segundo dados do boletim epidemiológico de HIV/aids mais recente do MS, o Brasil acumulou 1.088.536 casos de aids diagnosticados entre 1980 e junho de 2022, com registro anual médio, nos últimos cinco anos, de 36,4 mil novos casos da doença, tendo atingido, considerando-se apenas o ano de 2021, a marca de 35.246 casos diagnosticados de aids e 40.880 novos casos de infecção por HIV (Brasil, 2022a).

Até o presente momento, no Brasil, o maior número de novos casos de infecção por HIV se dá entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), parcerias sorodiferentes para HIV, pessoas transgênero, profissionais do sexo, usuários de drogas e pessoas em privação de liberdade, o que faz com que essas comunidades estejam implicadas no epicentro da epidemia de aids no país e detenham uma vulnerabilidade mais acentuada ao HIV (Brasil, 2017d, 2022c).

No Ceará, entre 2013 e 2021, houve uma elevação anual do quantitativo de casos de infecção por HIV, os quais saltaram de 690 casos notificados no ano de 2013 para 2.018 no ano de 2021. Considerando-se o intervalo entre janeiro de 2013 e 1º de novembro de 2022, foi registrado um montante de 15.698 casos de infecção por HIV no estado, respondendo a Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza pela maioria desses diagnósticos. Em relação à aids, foram detectados 9.806 casos da doença no período, dos quais, entre aqueles em que foi possível identificar a via sexual como forma de transmissão principal, um terço decorreu de exposição homo e bissexual, havendo um predomínio da transmissão homossexual na maior parte da série temporal, o que revela um forte envolvimento de segmentos das populações-chave na dinâmica da epidemia de aids no Ceará (Ceará, 2022).

Ademais, no que se refere aos dados sociodemográficos relativos aos casos de infecção por HIV no estado do Ceará, notificados no período compreendido entre janeiro de 2013 e 1º de novembro de 2022, tem-se que o maior percentual de infecções ocorreu em indivíduos do sexo masculino (76,1%), de cor parda (77,6%), na faixa etária entre 20 e 29 anos (40,4%), e com ensino médio completo (33,2%), quadro que reforça a importância de se

direcionar políticas públicas de prevenção ao HIV que considerem não apenas a predominância das infecções entre populações-chave, mas também as variações de gênero, idade, raça/etnia e nível de escolaridade, a fim de controlar a epidemia de HIV/aids de maneira mais eficaz no estado do Ceará (Ceará, 2023).

A epidemia de aids, portanto, no estado do Ceará, ainda continua a impactar sobremaneira parcelas das populações mais vulneráveis (Ceará, 2022), sinalizando para um possível acesso ou cobertura real (Vieira-da-Silva, 2014) deficitários dessas populações por programas de prevenção, contrariando as diretrizes gerais do programa de referência adotado no país para o enfrentamento da doença, qual seja o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids³, que tem como um de seus princípios básicos a universalidade do acesso à saúde (Brasil, 1999b).

Nesse sentido, tem-se que pessoas sob alto risco para HIV/aids tem dificuldades para acessar equipamentos de saúde onde os programas preventivos são implementados, fato que aumenta sua vulnerabilidade (Cruz, 2006). Historicamente, o enfrentamento da epidemia de aids tem sido marcado pela imposição de obstáculos, provenientes de preconceitos e julgamentos por parte de segmentos conservadores da sociedade, à adoção de tecnologias de prevenção e de Tarv como formas de impedir a propagação do HIV, o que contribui para a diminuição do acesso e para a desestabilização das políticas preventivas no campo do HIV/aids. (Terto Júnior; Raxach, 2018).

O HIV e a aids são temas de ampla relevância na contemporaneidade, pois esses agravos demandam um diálogo que transcende os saberes biomédicos e exige uma abordagem interdisciplinar. Isso ocorre porque sua compreensão e enfrentamento envolvem aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que vão além da biologia, abrangendo a interação entre diferentes dimensões da vida humana e os desafios impostos pela desigualdade no acesso à saúde. O núcleo de ação composto pela combinação entre o HIV e a aids detém um poderoso alcance territorial em escala mundial e se destaca não apenas por seu impacto na saúde individual, mas também por sua influência profunda, exercida ininterruptamente ao longo do tempo, sobre a coletividade (Ceará, 2022).

A complexidade que envolve o HIV/aids é evidenciada, portanto, pela interseção de diversos fatores representativos que se relacionam multilateralmente, entre os quais

³ No decorrer deste estudo, a expressão “Programa Nacional de ISTs/HIV/aids” será utilizada para se referir ao “Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids”. Essa simplificação tem o propósito de tornar o texto mais inteligível, sem comprometer a compreensão do leitor em relação à política pública em questão.

sobressaem-se as desigualdades no acesso ao tratamento e à prevenção, o estigma, o preconceito e a discriminação associados às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) e à aids, a vulnerabilização de determinados subgrupos populacionais e as questões éticas, que tornam a resposta ao HIV/aids um desafio abrangente e complexo (Ceará, 2022; Unaid, 2022).

Nesse sentido, o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, objeto de avaliação deste estudo, especificamente no que se refere à implementação do programa da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP, sigla em inglês para *Pre-Exposure Prophylaxis*) ao HIV no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC, Fortaleza, CE), vem atuando na vanguarda do combate à aids no Brasil desde a década de 1980, quando de sua instituição pela Portaria n. 236, de 2 de maio de 1985, configurando-se, assim, como importante dispositivo de intervenção orientado ao controle do HIV e da aids⁴ no país (Almeida e Almeida, 2017; Monteiro; Villela, 2009).

A PrEP consolidou-se como um programa público de saúde voltado à prevenção da infecção pelo HIV por meio de sua efetiva vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS) em dezembro do ano de 2017 (Terto Júnior; Raxach, 2018), tendo tal fato representado mais uma importante vitória da sociedade em geral, sobretudo das populações mais vulneráveis, na luta contra a aids.

A oferta pública da PrEP no Brasil foi precedida pela realização de um estudo, demandado pelo MS à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), entidade responsável, dentre outras funções, pelo assessoramento do MS na inclusão de novas tecnologias na esfera pública de saúde, que visou analisar basicamente a eficácia, a segurança e a efetividade da PrEP na redução da contaminação pelo HIV (Conitec, 2017).

A Conitec, de posse dos resultados da análise empreendida, recomendou então que a PrEP fosse adotada pelo SUS com a finalidade de possibilitar uma nova forma de prevenção às populações mais vulneráveis ao HIV, recomendação esta que foi plenamente acatada pela sociedade civil, com base nos resultados obtidos na consulta pública n. 5 de 2017, e, posteriormente, referendada, por unanimidade, pelos membros da Conitec em reunião

⁴ Para promover uma compreensão mais completa e precisa, é fundamental esclarecer a distinção entre HIV e aids. O HIV é um vírus que afeta o sistema imunológico humano, enquanto a aids é a condição clínica que se desenvolve em estágios avançados da infecção pelo HIV, caracterizada por uma queda significativa na função imunológica do indivíduo. É importante destacar que a presença do HIV não significa automaticamente o desenvolvimento da aids. Muitas pessoas vivem com o HIV por longos períodos sem apresentar sintomas e podem manter uma qualidade de vida saudável com o tratamento adequado. A aids é diagnosticada quando o sistema imunológico está severamente comprometido, tornando o organismo mais suscetível a infecções oportunistas (Brasil, 2010). O conhecimento desta diferença ajuda, portanto, a obscurecer estigmas, desmistificando a associação automática entre HIV e aids, além de incentivar a conscientização sobre a importância da prevenção, do diagnóstico precoce, e do tratamento eficaz na gestão da infecção pelo HIV.

ordinária, ocorrida no dia 4 de maio de 2017, que deliberou sobre o tema (Conitec, 2017).

O programa público de disponibilização da PrEP no Brasil tem como marco referencial o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, cuja prevenção constitui-se como uma de suas metas essenciais, no que se refere à resposta do país à epidemia de HIV/aids (Brasil, 1999b), e como marco regulatório inicial a publicação no Diário Oficial da União (DOU), pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos do MS, da Portaria n. 21, datada de 25 de maio de 2017, a qual trata de oficializar a adoção pelo SUS, em caráter obrigatório, da composição medicamentosa que integra o esquema terapêutico da PrEP, com vistas à proteção das populações mais vulneráveis ao HIV/aids (Brasil, 2017a).

Além disso, outro marco legal que normatiza e alicerça a utilização da PrEP no SUS como programa público é a aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP (PCDT-PrEP), formalizada na Portaria n. 22, editada no dia 25 de maio de 2017, cuja publicação se deu no DOU, também por iniciativa do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos do MS, configurando-se, assim, como o instrumento básico que norteia o manejo da PrEP no âmbito do SUS (Brasil, 2017b).

De acordo com o painel de monitoramento da PrEP do Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS, o HUWC deu início às atividades de implementação de seu programa de PrEP em fevereiro do ano de 2018, tendo efetuado, neste ano, o acolhimento de um total de 28 usuários (Brasil, 2022b). O programa de PrEP do HUWC tem como sede a ilha ambulatorial de infectologia, localizada no Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), do qual o HUWC faz parte, e funciona semanalmente, às quintas-feiras, prestando serviços de atendimento aos usuários das 7 horas da manhã ao meio-dia (Brisa, 2021).

Uma das estratégias do componente denominado *Promoção, Proteção e Prevenção*, o qual integra a estruturação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, estabelece que é necessário estimular a demanda e a promoção ao acesso a dispositivos de prevenção no intuito de se reduzir a incidência da infecção pelo HIV e demais ISTs entre a população em geral e nas populações sob maior vulnerabilidade por meio da instituição de políticas de prevenção em nível nacional (Brasil, 1999b).

No que se refere à PrEP, enquanto dispositivo de prevenção, sua adesão pelos usuários assenta-se como importante indicador de desempenho dos respectivos programas que a institucionalizam e deve ser monitorada a nível nacional. Por outro lado, é na adesão em que costumam ocorrer inúmeros entraves que concorrem para acarretar o abandono, outro indicador

de desempenho, aumentando o risco de falhas para o alcance dos resultados previstos pelos programas (Brasil, 2017d; OMS, 2019a).

Diversos estudos demonstraram que baixas condições socioeconômicas, a transexualidade, pertencer às subpopulações de gays e HSH negros, bem como ser jovem predis põem a uma baixa adesão à PrEP (Zucchi *et al.*, 2018). A OMS (2019a, p. 7) reitera que a não-adesão e o abandono ao programa “[...] decorrem de fatores comportamentais e operacionais que poderiam ser evitados, talvez por melhor implementação”.

Devido ao enraizamento, em nossa cultura, do estigma, do preconceito e da discriminação ligados ao HIV/aids, a adesão à PrEP pode estar em rota de colisão com a resistência dos próprios profissionais de saúde em efetivar o programa em sua completude, como reflexo das iniquidades presentes na sociedade em geral, tolhendo, assim, o direito à busca pela profilaxia e dificultando o seu acesso pelas populações-chave (Pascual, 2008; Vieira; Oliveira, 2018).

Apesar da PrEP ser uma metodologia de prevenção reconhecidamente segura e apresentar altos índices de confiabilidade, obtidos por meio de diversos estudos, as intervenções governamentais ainda vêm enfrentando dificuldades para a sua real adoção em todo o mundo, notadamente nos países subdesenvolvidos, devido a alguns aspectos que seguem representando desafios para a implementação do respectivo programa, tais como a dificuldade para o alcance de adesão, a qual é influenciada, em grande parte, pelo nível de vulnerabilidade social dos beneficiários da programa, bem como as barreiras operacionais que, muitas vezes, atuam no sentido de comprometer a abrangência, a segurança e a efetividade do acesso à PrEP (Zucchi *et al.*, 2018).

Conforme Zucchi *et al.* (2018), fatores como a má estruturação dos serviços de saúde, procedimentos preventivos praticados nos serviços de saúde com base apenas em racionalidade instrumental, condutas inapropriadas dos profissionais de saúde, assim como o maior grau de vulnerabilidade social dos indivíduos tendem a comprometer tanto o acesso quanto a adesão à PrEP, prejudicando, assim, a vinculação das populações-chave à rede de atendimento e, conseqüentemente, o êxito do cumprimento dos propósitos do programa.

A multiplicidade de formas de implementação do PCDT-PrEP nos serviços públicos de saúde brasileiros interferem principalmente no atendimento aos usuários, pois contribuem para uma maior morosidade do processo de assistência, nos casos dos serviços que complicaram em demasia a dinâmica original do PCDT-PrEP, ocasionando menor retenção e dificultando a permanência dos usuários nos serviços de PrEP, bem como tendem a viabilizar

um insucesso, quanto ao alcance de adesão, em contextos onde o protocolo se acha extremamente sintetizado (Lindner, 2017).

A intensa necessidade de consultas e exames faz com que o programa da PrEP seja altamente serviço-dependente, contrastando, dessa forma, com a realidade da maioria das instituições de saúde do país, nas quais se verifica lentidão para a realização de exames e de atendimento multiprofissional, como também deficiência de profissionais habilitados, fatores esses que acabam por suplantam a capacidade de ampliação da cobertura real e potencial do programa da PrEP (Lindner, 2017).

Com base nisto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de verificar se os processos envolvidos na condução das atividades preventivas do programa de PrEP do HUWC estão sendo implementados de modo a garantir acesso universalizado e igualitário, assim como adesão adequada aos mais vulneráveis, evidenciando, dessa forma, possíveis fragilidades em sua operacionalização, na tentativa de se atingir os efeitos esperados, dentre os quais destaca-se o impacto à epidemia de aids a partir da contração do número de novos casos de infecção por HIV.

Assim, este estudo torna-se relevante pois possibilitará a geração de informações que auxiliarão no aperfeiçoamento do programa e das decisões tomadas pela gestão responsável quanto a possíveis ajustes necessários à consecução das metas pretendidas, além de fornecer um aprendizado contínuo à instituição onde se processa o programa em questão, melhorando os serviços prestados a longo prazo.

Além disso, a realização deste estudo avaliativo visa permitir que o HUWC forneça a PrEP de modo acessível e equânime, concentrando suas atenções em prover um atendimento de qualidade ao público-alvo do programa com base em suas necessidades e demandas. Por outro lado, este estudo também poderá contribuir para que o HUWC possa encontrar formas de assegurar uma apropriada continuidade da disponibilização da PrEP, de incentivar e de ampliar a adoção desta entre os seus possíveis beneficiários diretos.

A minha vinculação pessoal à temática a explorada nesta pesquisa remonta à época em que cursei graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (Uece), entre os anos de 2010 e 2015, quando despertou em mim, enquanto discente, um grande interesse em estudar saúde pública, epidemiologia, as ISTs, particularmente a aids e assuntos correlatos a ela como, por exemplo, a PrEP, tendo, até mesmo, participado ativamente do grupo de pesquisa intitulado Clínica e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias (Cedip).

Para além disso, a vinculação profissional à temática advém da experiência adquirida em campo de Internato em Enfermagem, realizado durante vários meses no Hospital

São José de Doenças Infecciosas (HSJ), localizado na cidade de Fortaleza e referência em doenças infecciosas no estado do Ceará, onde pude colocar em prática os conteúdos assimilados em sala de aula, vivenciar situações essenciais ao meu aprendizado e à minha formação como um todo, bem como me envolver mais profundamente com matérias da área de HIV/aids que já me despertavam grande interesse, passando, assim, a ocupar um grande espaço na minha vida acadêmica, pessoal e profissional o desejo pelo estudo de métodos e políticas inovadoras de prevenção ao HIV/aids.

Sendo assim, a minha afinidade com o campo das ISTs e do HIV/aids revela-se como parte intrínseca da minha trajetória pessoal e profissional. A atração que me ligou ao estudo das doenças negligenciadas, como o HIV/aids, colocou-me diante de dilemas que representam para mim um desafio complexo e um chamado para a ação. Apesar de não estar profissionalmente envolvido de forma direta com o objeto deste estudo, o tema me interpela a partir de um lugar ocupado pelo desejo de contribuir para o bem-estar das pessoas que poderão sofrer as consequências da infecção pelo HIV.

Ademais, tenho ciência de que a epidemia de HIV/aids é um fenômeno que pode impactar a todos, podendo, inclusive, vir a atravessar a minha realidade a qualquer momento, desafiando, assim, em termos de saúde pública, a sociedade em geral, principalmente os mais vulneráveis, caso não sejam incentivadas e praticadas as diversas abordagens de prevenção disponíveis atualmente. Acredito que o exercício dessas medidas poderá, futuramente, conduzir à eliminação total de novos casos de infecção por HIV e de aids.

A minha dedicação a este estudo de avaliação da implementação do programa de PrEP no HUWC se tornou, de certa forma, uma maneira de combater o risco que o HIV/aids representa para a sociedade, refletindo não apenas o meu compromisso com a busca pela prevenção ao HIV nos planos individual e coletivo, mas também com o fornecimento de substrato para a proposição e realização de ações na esfera governamental, com fundamento nas informações constantes da avaliação aqui empreendida.

Portanto, conforme explicitado, como pesquisador vinculado pessoal e profissionalmente à causa do HIV/aids desde longa data, reitero a minha motivação para a consecução dos objetivos deste estudo avaliativo, com vistas a possibilitar uma resposta mais eficaz à epidemia a nível local e, talvez, nacional, na tentativa de garantir que o programa de PrEP do HUWC atinja seu potencial máximo e continue a ser uma ferramenta vital na batalha contra a problemática da aids no Brasil.

Diante do exposto, o presente estudo suscita a formulação dos seguintes problemas de pesquisa: o acesso e a vinculação do usuário ao programa de PrEP estão sendo garantidos de

forma ampla, igualitária e adequada pelo HUWC? O HUWC tem atuado de modo a favorecer a adesão dos usuários junto ao programa de PrEP? A partir destes questionamentos, este estudo busca evidenciar se o programa de PrEP do HUWC cumpre efetivamente as diretrizes e estratégias do componente *Promoção, Proteção e Prevenção* do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de prevenção e educação sexual por ele implementados às populações-chave. Para tanto, o estudo tem como **objetivo geral**: avaliar o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids no contexto da implementação do programa da PrEP no HUWC.

Como **objetivos específicos**, tem-se: (a) descrever a trajetória do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids e do programa de PrEP a níveis nacional e local a partir da análise de seus fundamentos de conteúdo e contexto; (b) caracterizar a cobertura do programa de PrEP entre as populações-chave segundo o perfil sociodemográfico dos usuários; (c) determinar o grau de abandono ao programa de PrEP do HUWC; (d) analisar os determinantes que subsidiam a prática profissional dos componentes da equipe multidisciplinar que implementa o programa de PrEP no HUWC; e (e) verificar a percepção do usuário em relação aos serviços de saúde prestados pelo HUWC no âmbito do programa de PrEP.

Isto posto, o presente estudo está dividido, além desta introdução, em cinco seções. A segunda seção destina-se à apresentação das configurações básicas do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, analisando os contextos socioeconômicos e políticos que envolveram tanto a sua própria criação quanto a do programa de PrEP, com auxílio do levantamento da legislação que fundamenta essas intervenções públicas, bem como empreendendo uma análise dos aspectos relacionados ao conteúdo destas.

A terceira seção apresenta o referencial teórico do estudo, na qual se desenvolve uma revisão de literatura sobre os principais conceitos e teorias relacionados ao tema da pesquisa. Nesta seção, são identificadas e definidas as categorias analíticas essenciais para a compreensão do objeto do estudo e para a interpretação dos dados coletados.

Na quarta seção, descreve-se o arcabouço metodológico no qual se ancora a pesquisa, delineando o desenho da avaliação. Nesta seção, detalham-se os métodos, as estratégias e os instrumentos que foram utilizados para coletar e analisar os dados. Esse percurso metodológico foi fundamental para a condução do estudo e forneceu as bases para a coleta de informações que possibilitaram avaliar a implementação da PrEP e suas consequências no HUWC.

Na quinta seção, é realizada a síntese da avaliação, na qual são apresentados os resultados da pesquisa, obtidos por meio da coleta e análise dos dados. Os resultados são

descritos e ilustrados com o auxílio de tabelas e gráficos, além de trechos de entrevistas e narrações de observações. Da síntese da avaliação consta ainda a análise interpretativa e a confrontação dos resultados com a literatura específica, buscando-se uma compreensão aprofundada do significado e das implicações dos achados da pesquisa.

A sexta e última seção traz as conclusões do estudo, com base nos principais resultados da pesquisa e na análise empreendida. Nesta seção, são retomados os objetivos e as perguntas de pesquisa, avaliando se as respostas encontradas atendem ao que foi inicialmente proposto. Além disso, são apresentadas sugestões para futuras pesquisas, bem como para o aprimoramento do programa de PrEP do HUWC, com base nas evidências encontradas.

2 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA NACIONAL DE ISTs/HIV/AIDS

2.1 A sete chaves: o armário do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids

O Programa Nacional de ISTs/HIV/aids manteve-se sob incubação em um ambiente marcado, ao mesmo tempo, por incertezas, descobertas, discriminação, preconceitos, estigma, medos e perdas relacionados com o surgimento de um novo agente biológico que viria a impactar, de forma inimaginável, a saúde pública em escala global: o HIV, responsável pelo desenvolvimento da aids (Almeida e Almeida, 2017; Bacchini *et al.*, 2012).

A experiência proporcionada pela aids, desde o seu surgimento, há mais de quatro décadas, tem permeado a história da humanidade de maneira complexa e multifacetada, alimentando o imaginário social de várias gerações de pessoas, desde lugares de trauma até mesmo de perspectivas de superação dos reatamentos provocados pela doença. A aids emerge justamente em uma era de mudanças nos paradigmas políticos, econômicos e sociais em todo o mundo, os quais influenciaram sua percepção, prevenção e tratamento (Barata, 2006; Bastos; Szwarcwald, 2000; Simões, 2018).

A força com a qual a aids tem dizimado milhares de vidas ao longo dos anos, enquanto patologia que se constituiu, no campo das relações sociais, comprometida a uma marginalidade, se traduz em várias formas de violência que precisam ser pensadas para além das implicações biomédicas dela decorrentes. Essa reflexão, no que diz respeito ao Brasil, foi, em grande medida, viabilizada por intermédio do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, o qual desempenhou um papel fundamental tanto para abolir premissas não condizentes com o real fenômeno da aids quanto para orientar condutas e normas relacionadas ao seu enfrentamento (Brasil, 1999b; Parker; Aggleton, 2021).

Os primeiros casos de aids eclodiram ao final dos anos 70 na África Central, Estados Unidos da América (EUA) e Haiti, porém, apenas por volta de 1981, é que as primeiras notícias acerca da nova doença começaram a ser veiculadas pelo Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, sigla em inglês para *Centers for Disease Control and Prevention*) nos EUA, quando da notificação de um crescimento incomum de casos de um tipo de câncer, denominado Sarcoma de Kaposi, bem como de pneumonia fúngica entre homens cis gays residentes e domiciliados nas cidades de São Francisco, Los Angeles e Nova York (Bastos, 2006; Brasil, 2002; Greco, 2016; Nascimento, 2005).

Por ter sido visualizada, inicialmente, em determinados segmentos populacionais, no ano de 1982, a aids fora atribuída a indivíduos que, em termos sociais, tinham em comum a

letra H, em referência à população de haitianos, hemofílicos, heroinômanos (toxicômanos dependentes de heroína injetável), homossexuais masculinos e *hookers* (vocábulo que designa as prostitutas em inglês). Tal classificação representa as raízes fundantes da noção de “grupos de risco” para a infecção pelo HIV/aids, que consubstanciou, nesse sentido, a reprodução de atitudes discriminatórias contra minorias (Almeida e Almeida, 2017; Bastos, 2006; Brasil, 2002; Cezar; Draganov, 2014; Monteiro; Villela, 2013; Silva, 2023).

A concepção dos Hs tornou-se, então, fundamental para o movimento de estigmatização da aids, devido ao pensamento de que esta doença atingia somente indivíduos pertencentes a grupos sociais periféricos com os quais não havia, à época, tanta preocupação por parte da sociedade nem do Estado e que eram vistos sob uma ótica de extremo preconceito, atribuindo-se, então, às suas vidas, um menor valor no contexto social em que a aids emerge (Amorim, 2023; Calazans; Parker; Terto Junior, 2022; Cordeiro; Pinto, 2008).

Dessa forma, entende-se que a questão do preconceito antecede o advento da própria aids. No entanto, a comunidade gay foi uma das populações que mais sofreu com o estigma relacionado à doença, por ter sido a mais afetada logo no início da epidemia, tendo em vista a ocorrência e registro dos casos iniciais em membros deste grupo, o que conferiu à aids uma marca distintiva que a caracterizava como sendo uma espécie de doença de nicho (Ignácio, 2022; Lima, 2019).

Nesse cenário, a mídia e a comunidade científica internacional, rapidamente, ao batizar a aids⁵ com termos cujos tons eivavam-se de pejoratividade como, por exemplo, “câncer gay”, “mal dos homossexuais”, “peste gay”, “peste rosa”, “praga gay”, “pneumonia gay”, “síndrome homossexual” e *Grid* (sigla em inglês para *Gay-Related Immune Deficiency*, que significa Deficiência Imunológica Relacionada a Homossexuais), atuaram de forma decisiva para afirmar e potencializar a estigmatização atrelada aos homossexuais masculinos no tocante

⁵ É oportuno frisar uma particularidade no tocante à nomenclatura referente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida) no Brasil, notando-se a preferência pela utilização do termo em inglês. A ausência de consolidação do termo “sida” no vernáculo brasileiro suscita reflexões quanto aos fatores linguísticos, culturais e religiosos que se vinculam a essa escolha. A resistência à assimilação do termo sida na terminologia nacional é observável desde os primeiros relatos sobre a doença, com o Brasil destacando-se como a única nação latino-americana que não adotou a referida nomenclatura em língua nativa. Este fenômeno é, em parte, atribuído à influência linguística do inglês, configurando-se como um estrangeirismo contextualizado no cenário brasileiro. A expressão “aids”, em inglês, foi prontamente incorporada pelos meios médico e jornalístico no país. As iniciativas do MS para implementar o termo sida, constante em registros oficiais, foram acompanhadas pela persistente associação com o vocábulo aids, destacando-se a predominância do uso da nomenclatura em inglês. Consideráveis aspectos culturais e explicações intrincadas, como as correlacionadas a piadas com os nomes “Aparecida” e “Cida”, em possíveis alusões à figura da santa padroeira do Brasil, Nossa Senhora da Conceição Aparecida, contribuíram para a não adoção do termo sida. Estas justificativas foram formalmente consolidadas durante uma reunião ministerial em 1997, evidenciando a complexidade inerente à seleção terminológica, imbricada em moduladores culturais, religiosos e linguísticos específicos ao contexto brasileiro (Barros, 2018).

à aids. A circulação social desses discursos causou um efeito nefasto à comunidade gay, levando-se em consideração o contexto de vulnerabilidade e repressão social já experimentados por essa população ao longo dos anos (Barbosa Junior; Souza, 2020; Ignácio, 2022; Lima, 2019; Nascimento, 2005).

A onda de preconceito que associou a aids à comunidade gay, no início da década de 1980, influenciou sobremaneira o modo como a doença foi tratada, em um primeiro momento, pelas autoridades públicas, pois, de forma geral, a resposta efetiva do Estado à epidemia ocorreu lentamente na maioria dos países do mundo, sendo utilizada, dentre outros propósitos, com fins políticos, mediante participação da saúde pública, para, por exemplo, o fechamento de ambientes de afeto e sociabilidade gays, bem como para demissões arbitrárias de trabalhadores, fatores estes que também estimularam o processo de estigmatização da aids (Barros, 2018; Braz, 2010; Miranda, 2008; Silva, 2022).

Considerando esse panorama, a década de 1980 demarca, no que se refere aos países pertencentes à banda ocidental do mundo, o período de ascensão do conservadorismo político simbolizado, por exemplo, por governos como o de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e o de Ronald Reagan, nos EUA. Esses governos pautavam-se, majoritariamente, na defesa de uma agenda econômica neoliberal, a qual tinha por objetivos básicos a redução do papel e da interferência do Estado na área econômica, o fortalecimento do mercado de livre concorrência, a diminuição dos direitos e gastos sociais do Estado, assim como a privatização dos serviços públicos e a flexibilização de aspectos relacionados ao mundo do trabalho (Bastos, 2006; Giddens, 2013).

O neoliberalismo vem à tona, então, com uma proposta de substituição, frente à crise generalizada iniciada nos anos 70, do Estado welferiano keynesianista por um Estado em que prevalecesse uma ortodoxia monetarista, a qual se direcionava a um ajuste fiscal mais rígido e a um controle monetário, representando, desse modo, a transposição paradigmática relacionada a um novo método de se realizar a gestão econômica e política a nível mundial por parte dos países do comando capitalista (Harvey; Mateos, 2007; Sallum Júnior, 2003).

Devido à grande influência política, econômica e social dos países conservadores na ordem mundial, o neoliberalismo torna-se uma ideologia altamente impactante em termos globais, principalmente no que diz respeito à correlação de forças existentes com os países em desenvolvimento, porquanto estes seguiam pressionados, dentre outras imposições, a adotarem medidas de ajustamento estrutural por parte de organismos internacionais, quais sejam o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). A agenda neoliberal, de certa forma, concorreu para restringir a autonomia e a capacidade de resposta inicial à epidemia de aids pela

periferia capitalista, além de ter dificultado o manejo dos tabus sociais que a tangenciavam (Bastos, 2006; Redon; Campos, 2021).

Essa conjuntura explica a postura subserviente das nações de terceiro mundo em relação aos ditames sociais, políticos e econômicos interpostos pelos países dominantes, os quais atuaram deliberadamente no sentido de espelhar, não sem que houvesse uma mínima resistência, seus posicionamentos e crenças nas nações dependentes. Os efeitos dessa tentativa de romper com a relação de interdependência entre os países em desenvolvimento e as nações centrais foram sentidos no campo das políticas públicas, especialmente nas questões relacionadas à saúde e à moralidade. Essa ruptura limitou investimentos e dificultou a implementação de programas que contestavam a ordem conservadora pré-estabelecida, perpetuando desigualdades e barreiras sociais (Amaral; Duarte, 2010; Bastos, 2006).

O surgimento da aids, enquanto patologia marginalizada socialmente, significou um grande desafio para os governos conservadores centrais, pois, para além de sua estigmatização, a doença também suscitava temas sensíveis para a moral conservadora, muito em alta na década de 1980, tais como questões reprodutivas, sexualidade e o uso e abuso de drogas (Bastos, 2006).

Diante disso, não é de se surpreender que a problemática do HIV/aids tenha assumido feições distintas de acordo com a realidade vivenciada por cada país naquele momento, situando-se a intensidade do impacto da epidemia em um patamar que resultou, em grande medida, do tipo de política de Estado que estava sendo adotada pelos governos nacionais. Sendo assim, o modo individualizado de organização política interna dos países demonstrou ser um fator determinante da construção da estratégia utilizada por suas instituições públicas governamentais para reagir à epidemia de HIV/aids (Barros, 2018).

A primeira ocorrência de um caso de aids em solo brasileiro data do ano de 1980, tendo sido identificado no estado de São Paulo. No entanto, a confirmação e o registro do diagnóstico definitivo referentes a este caso só foram realizados em 1982, após a morte da primeira vítima (Galvão, 2002; Marques, 2002). Nesse mesmo ano, o termo “aids” é inserido no circuito científico internacional como nomenclatura oficial para o conjunto de manifestações clínicas características da doença, ao passo que, no Brasil, sua disseminação iniciava-se a pleno vapor, ganhando forças e alcançando, cada vez mais, diferentes sujeitos e localidades do país (Carvalho Junior, 2020; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a).

O foco de origem dos primeiros casos de aids no Brasil concentrou-se, dessa forma, no estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro e demais estados da federação. À semelhança do que ocorria em outros países, verificou-se inicialmente uma inércia do Estado brasileiro quanto à elaboração e execução de ações públicas para contenção da epidemia de HIV/aids.

Nesse contexto, o governo federal age negando a gravidade da doença, fato que culminou em atraso do seu reconhecimento como problema de saúde pública (Barros, 2018; Parker, 1997; Silva, 2022).

Influenciada por concepções transmitidas pelos meios de comunicação em um mundo cada vez mais globalizado, advindas principalmente dos EUA, a imprensa brasileira, imediatamente, começou a propagar os mesmos rótulos depreciativos, já reproduzidos em outros países, correlacionando a aids aos homossexuais masculinos, antes mesmo dos primeiros casos da doença serem oficialmente notificados (Camargo Junior; Chequer, 2005; Galvão, 2000).

A chegada do HIV/aids ao Brasil está circunscrita a um período em que o movimento gay começava se estruturar na busca de reconhecimento, direitos civis e medidas de proteção contra atos de preconceito e violência, tendo como pontos de partida a criação, ao final dos anos 70, do jornal *Lampião da Esquina* e do *Somos – Grupo de Afirmação Homossexual (Somos)*, que também impulsionaram, na sequência, o surgimento de outros grupos do movimento gay pelo Brasil (Barros, 2018; Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009; MacRae, 2018; Trevisan, 2018). Além disso, o país presenciava a agonia dos últimos momentos da ditadura militar. Como herança desse período ditatorial, a abordagem de entrada da epidemia adquire traços letárgicos e estigmatizantes, justamente por serem estes reflexos de uma cultura de repressão política e social (Daniel; Parker, 2018; Ignácio, 2022).

Como o surgimento do movimento gay no Brasil se deu anteriormente ao advento da aids, esta foi uma problemática que inicialmente apenas tangenciou a atuação dos grupos de militância, não se configurando o seu enfrentamento, no eclodir da epidemia, como uma prioridade imediata. Esse modo primário de encarar a aids, em que prevalecera a sua negação por parte do movimento gay, foi alimentado pelas desconfiças em relação aos discursos médicos sobre a doença, os quais eram considerados carregados de preconceito (Barros, 2018).

Ao ser atravessado pela epidemia de aids, o movimento gay sofre um desmantelo em seu perfil de atuação original, notadamente de orientação antiautoritária, comunitária e baseado na convivência, passando a ser forjado em pautas reivindicatórias mais centradas na questão do HIV/aids. Apesar disso, a comunidade homossexual brasileira destaca-se por seu pioneirismo na promoção de solidariedade e de acolhimento adequado dos enfermos de HIV/aids e no apelo à adoção de medidas públicas que convergissem para um plano de enfrentamento à doença por parte do Estado. A mobilização da comunidade gay é canalizada, desse modo, para as corporações que se organizam especificamente torno das diversas lutas travadas contra esse inimigo comum, o HIV/aids (Barros, 2018, Facchini, 2003; MacRae, 2018;

Parker, 1994).

Essa organização reflete, portanto, uma das faces da resposta da sociedade civil à epidemia de aids no Brasil. Nesse cenário, surge uma ampla variedade de entidades como, por exemplo, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa) e a Associação Interdisciplinar de Aids (Abia), que buscam pressionar o Estado para que houvesse uma discussão franca e tomada de providências a respeito da gerência da epidemia de aids no país (Contrera, 2000; Klein *et al.*, 2001; Ramos, 2004). A militância dessas organizações foi “[...] fundamental na educação sobre a doença, na defesa das liberdades civis e fortalecimento da assistência básica e tratamento às pessoas portadoras ou doentes” (Mello, 1999, p. 76), sendo ainda contribuinte para o afloramento e a supervisão de políticas públicas para HIV/aids (Mello, 1999; Ramos, 2004).

Nessas circunstâncias, antes de qualquer ação governamental em âmbito federal, em janeiro de 1985, ocorre a criação do Gapa, na cidade de São Paulo, configurando-se como uma das primeiras experiências de Organização Não Governamental (ONG) voltada especificamente para a luta contra a aids. Nascido da relação de interlocução entre a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, representando o Estado, e a sociedade, o Gapa surgiu com uma proposta de atuação em duas frentes: uma política e outra assistencial (Barros, 2018).

Em vista disso, o Gapa demonstrou ser uma entidade de extrema importância para a construção de uma resposta à epidemia de aids no Brasil, ao advogar a favor da implementação de medidas de inclusão social das pessoas afetadas pela doença, mediante a criação e alteração de dispositivos legais garantidores de direitos e benefícios previdenciários para essa população, bem como ao fornecer assistência jurídica e social no âmbito do HIV/aids, além de apoio para ações de promoção de práticas sexuais seguras com base na divulgação de informações claras que desconstruíssem mitos e estigmas acerca da doença (Barros, 2018).

Os hospitais públicos em geral, com destaque para os da rede universitária, exerceram papel fundamental no ápice da crise de aids no Brasil, destacando-se no acolhimento dos pacientes e treinamento dos profissionais de saúde em uma época em que não havia uma grande quantidade de planos de saúde acessíveis, sobre os quais não havia regulação específica, e em que o capital pouco se interessava pela doença de maneira imediata, situação essa evidenciada pela recusa das instituições privadas de saúde, por falta de obrigatoriedade, em prestar atendimento às pessoas em estágio de adoecimento avançado (Botaro, 2015; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a; Souza; Santos; Oliveira, 2015). A Imagem 1, a seguir, retrata bem essa realidade:

Imagem 1 – Reportagem de jornal sobre o caos na saúde no início da epidemia de aids no Brasil.



Fonte: Barbosa Junior e Souza (2020, p. 85).

Por outro lado, daí em diante, o capital tendeu a se debruçar mais sobre questões pertinentes ao tratamento, à cura ou a outras esferas que não diziam necessariamente respeito ao exercício de uma atenção centrada nos aspectos sociais dos indivíduos diagnosticados com a aids (Barros, 2018; Souza, 2022). Além do protagonismo da comunidade gay e de suas lideranças no processo de interpelação social junto ao Estado para resolução do problema de saúde pública introduzido pela epidemia de HIV/aids, é importante salientar que uma outra fatia das demandas da sociedade civil organizou-se em torno do grupo de pessoas que viviam com hemofilia (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b).

Em sentido contrário, o capital também foi crucial para a transmissão massiva de aids entre a população hemofílica, haja vista que o contágio ocorrera por meio de transfusão de sangue contaminado. Nos anos 80, era comum a comercialização da doação de sangue sem a devida testagem sorológica pela iniciativa privada, o que fez com que muitos hemofílicos contraíssem a doença (Contrera, 2000; Parker, 1994; Santos; Moraes; Coelho, 1992).

Até a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, não havia uma regulamentação específica referente aos bancos de sangue no Brasil que lhes conferissem segurança, fator que se mostrou determinante para que a epidemia de aids impactasse de forma brutal a comunidade hemofílica do país (Villela, 1999).

Herbert de Sousa, mais conhecido como Betinho, sociólogo e ativista em direitos

humanos, destacou-se com um porta-voz da população hemofílica brasileira, tendo atuado principalmente para a mobilização social a favor da regulamentação dos hemocentros e criação de normas e procedimentos padrões para a transfusão e tratamento do sangue. Isto posto, tem-se que o legado deixado pela discussão da biossegurança no manuseio de sangue no Brasil remete à própria emergência do HIV/aids na década de 1980 (Barros, 2018; Klein *et al.*, 2001; Pereira, 2021; Souza, 1994).

No Brasil, a epidemia de HIV/aids ascende, portanto, em um momento de transição política, social e econômica, nomeadamente os anos 80. Esse período, conhecido como a “década perdida”, corresponde a um momento em que vivenciava-se um processo composto por vários tipos de liberação, decorrentes do desenvolvimento da revolução sexual, a qual já vinha tendo seu caminho pavimentado desde a década de 1960, época em que passa a ser discutido, por exemplo, não apenas o direito à liberdade sexual humana, mas o direito ao prazer e a outras experimentações dele decorrentes, pautas estas que se afirmavam como reflexo das mudanças nos padrões de relacionamento então operantes dentro da sociedade (Dominian, 1989; Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009; Sant Ana, 2016).

No plano econômico, a segunda crise do petróleo, ocorrida no ano de 1979, por ocasião da Revolução Iraniana, desarticulou severamente a economia mundial por meio do incremento intempestivo nos preços deste produto, fato que repercutiu negativamente sobre os países desenvolvidos, os quais necessitaram, como forma de dirimir a crise, implementar uma política de aumento das taxas de juros utilizadas no financiamento da dívida externa dos países em desenvolvimento (Kuhn, 2013; Leite Júnior, 2012).

Paralelamente, o Brasil, que vivia sob o governo do presidente João Baptista de Oliveira Figueiredo, último do regime militar, não escapou aos efeitos da crise do petróleo, havendo, dessa forma, repercussões durante a década de 1980. O descompasso entre a manutenção de uma alta capacidade produtiva industrial, baseada predominantemente em importações cada vez maiores de petróleo, cujo preço do barril mais que triplicara, e a vigência de medidas tomadas pelos países centrais que oneravam os custos das dívidas externas dos países da periferia capitalista fizeram com que a economia brasileira entrasse em colapso (Kuhn, 2013; Leite Júnior, 2012).

Essa configuração conduziu a economia do país a um estado de incapacidade de honrar seus compromissos nas transações externas, favorecido também por uma limitação do acúmulo de ativos em moeda estrangeira, refletindo-se, assim, em déficits significativos no registro contábil dos fluxos monetários entre o país e outras nações. Por conseguinte, instalou-se, no Brasil, um processo de profunda recessão econômica, marcada pela retração do

crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), disparada desenfreada dos índices inflacionários, crescimento alarmante na magnitude da dívida externa e desemprego generalizado (Bresser-Pereira, 2012; Sallum Júnior, 2003).

Na esfera política, o Brasil convergia progressivamente para a implantação de um Estado Democrático de Direito plasmado em lutas sociais, setorialmente organizadas para reivindicar o pleno usufruto de direitos sociais, civis e políticos, obstruídos na vigência de um regime de governo incompatível com as transformações em curso na sociedade brasileira dos anos 80, merecendo destaque, nesse sentido, a atuação dos movimentos feministas, homossexuais, negros, indígenas e sindicais (Coelho; Lavallo, 2018; Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009; Lyra, 2011).

Além disso, iniciou-se um processo de abertura política que se materializou, por exemplo, na promulgação da Lei de Anistia, na dinâmica de reorganização do sistema partidário, até então existente, assim como na remoção das travas antidemocráticas que impediam a realização de eleições diretas para o cargo de governador nos estados. Nesse contexto, o movimento promovido pelas massas populares intitulado “Diretas Já!” representou o ápice da luta pela redemocratização brasileira, pois pugnava pela aprovação no Congresso Nacional de uma emenda constitucional, de autoria do deputado Dante de Oliveira, que propunha a realização de eleições diretas para presidente da república (Contrera, 2000; Escorel; Nascimento; Edler, 2005; Sallum Júnior, 2003).

Enquanto isso, as condições de saúde da população deterioravam-se, frente ao caos instalado em um sistema de saúde pública desigual, dado que, em termos econômicos e de diversidade de acesso, havia melhor estruturação dos serviços assistenciais médicos ligados à previdência social, cuja seguridade era garantida apenas àqueles com condições financeiras para arcar com despesas de saúde e aos trabalhadores formais, restando às demais parcelas da sociedade, como única opção, a cobertura à saúde por meio de instituições do Estado, sujeitas a um custeio governamental altamente contingenciado, ou de serviços de filantropia existentes à época (Gerschman; Viana, 2005; Souza, 2002). O sistema de saúde pública brasileiro revelava-se, ainda, disfuncional, a julgar pela falta de unicidade de sua gestão entre os entes federativos, desintegração na oferta de serviços pelos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde e aumento das despesas em saúde como resultado da maior ocupação do setor de prestação de serviços por empresas da iniciativa privada (Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009).

Tais circunstâncias foram, então, decisivas para alavancar um movimento que já vinha adquirindo forma desde os anos 50 e 60 por iniciativa dos meios acadêmicos e de órgãos de saúde pública estaduais: a Reforma Sanitária. Esse movimento fundava-se na ideia de

reformulação do sistema de saúde em vigor em plena ditadura militar, o qual se mantinha sob influência de um forte regime de financeirização da previdência social e de uma comercialização do setor da saúde em expansão (Escorel; Nascimento; Edler, 2005; Granjeiro; Silva; Teixeira, 2009).

A proposta de transformação da saúde pública do Brasil, pautada pelo movimento de Reforma Sanitária, tinha como intuito a adoção de vieses predominantemente acolhedores e humanizadores nas ações inerentes ao planejamento e à promoção da saúde; a ampliação do entendimento acerca de conceitos como processo saúde-doença, democracia e direitos humanos; a busca por modelos alternativos de atenção à saúde igualmente abrangentes; além do rebatimento da cultura autoritária governamental de tomada de decisões em saúde em sentido descensional através do incentivo à efetivação de uma gestão descentralizada baseada na participação ativa da população na definição das políticas de saúde em nível regional, oportunizando, dessa forma, a expressão da democracia e da justiça social no país (Paim, 2008; Souza, 2004).

Durante o período de omissão e demora do governo federal em oferecer ações propositivas para o enfrentamento da aids em seu estado mais brutal e conforme o número de casos diagnosticados aumentava, desencadeou-se uma série de respostas públicas à epidemia na instância estadual, sobressaindo-se, nesse aspecto, o governo do estado de São Paulo, com a criação do primeiro programa público de combate à aids de que se tem notícia no Brasil, liderado pelo médico sanitário Paulo Roberto Teixeira (Barros, 2018; Laurindo-Teodorescu, 2015a).

O Brasil dos anos 80 vivenciava uma realidade na qual tinha lugar uma certa euforia coletiva proporcionada pela expectativa de saída da ditadura militar e de início da construção de novas bases democráticas para a nação (Bresser-Pereira 2012). Concomitantemente, no cenário internacional, coexistia uma sensação de alívio pelo fim da Guerra do Vietnã (Magri, 2013) e receio dos desdobramentos do conflito da Guerra Fria (Lui, 2013).

No contexto brasileiro da problemática do HIV/aids deste período, o medo adquire um papel fundamental para a concepção de crenças e valores discriminatórios em relação à doença, devido à instauração de uma histeria de pânico generalizada no seio da sociedade. A ideia da sentença de morte que alimentara a percepção popular acerca da aids durante o seu estágio inicial de afirmação com problema de saúde pública, muito pela ausência, naquele momento, de um tratamento efetivo, foi reforçada pela imprensa, a qual ajudou a reproduzir uma cultura de preconceito e a fixar o estigma contra os infectados por meio dos mais diversos veículos de comunicação (Valle, 2017).

A explosão midiática em torno da aids, que, durante boa parte da década de 1980, a taxou como uma doença exclusiva dos homossexuais masculinos, ativou a disseminação de uma série de discursos na esfera social, os quais eram respaldados pelo conservadorismo vigente e possuíam, em seu teor, uma certa conotação política, uma vez que estavam vinculados a uma liberdade social muitas vezes reprimida pela censura imposta durante o período da ditadura militar. Essa associação entre a epidemia de aids e a comunidade gay não apenas influenciou a percepção pública da doença, como também teve implicações significativas na trajetória de instituição das políticas públicas de tratamento e nos esforços de prevenção (Trevisan, 2018; Vitiello, 2009).

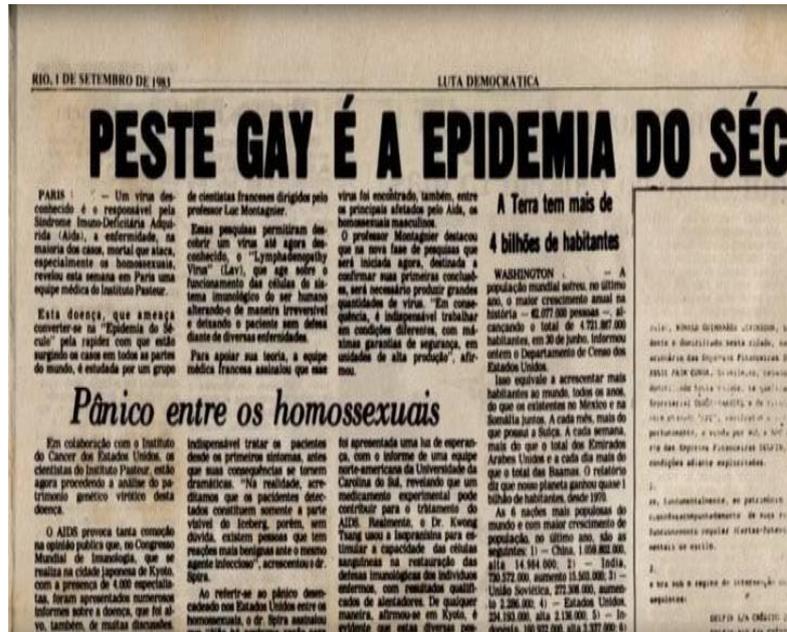
As Imagens 2, 3, 4 e 5, a seguir, são exemplos que retratam o sensacionalismo e o barbarismo com os quais a imagem da aids foi construída pela mídia na década de 1980, alimentando de estigma a memória da população acerca da doença:

Imagem 2 – Reportagem de jornal em que se utiliza a aids para disseminação de homofobia com base em preceitos religiosos.



Fonte: Anunciação (2020, p. 24).

Imagem 3 – Reportagens do jornal *Luta Democrática* estigmatizando a aids.



Fonte: Anuniação (2020, p. 24).

Imagem 4 – Manchete do jornal *Folha de S. Paulo* estigmatizando a aids e utilizando-a para disseminar pânico e medo na cidade de São Paulo.



Fonte: Anuniação (2020, p. 25).

Imagem 5 – Manchetes do jornal *Folha de S. Paulo* relacionando a aids aos gays e à África.



Fonte: Nascimento (2023, on-line).

Nesse interstício de tempo, houve um estreitamento substancial das relações entre o Estado e algumas ONGs, cuja criação, conforme salientado anteriormente, se dera com o propósito de prestar assistência aos afetados pela doença, fato este que possibilitou dar vazão à resposta brasileira para a crise da aids a partir de um pressionamento político (Castro; Silva, 2005).

Um primeiro olhar do governo federal para a situação da epidemia de aids no Brasil foi lançado de forma bastante tímida em junho de 1983, quando o MS produziu um documento cujo título era *Aids: informações básicas*, (Barszcz, 2020; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a; Pires, 2006) que, segundo Barszcz (2020, p. 39) “[...] consistia em uma coletânea traduzida de resumos de revistas científicas norte-americanas sobre grupos mais atingidos, causas prováveis e aspectos clínicos”.

Além disso, esse documento ocupou-se em abordar a situação da epidemia de aids

nos EUA, desconsiderando sua ocorrência no Brasil, apesar de, àquela altura, já haver vários relatos de casos da doença pelo país (Barros, 2018). O MS seguiu tentando invisibilizar a crise da aids até 1985, ao adotar uma postura que subestimava a potencialidade do surto epidêmico em se constituir como um risco à saúde da população e ao desqualificar as políticas públicas de iniciativa estadual criadas para a resolução do problema (Teixeira, 1997).

No entanto, a partir daquele ano, o governo federal não conseguiu mais dar continuidade ao silenciamento da aids nem se excusar de dar uma resposta oficial a ela, pois

A ampla disseminação pela mídia dos casos de doença entre personalidades, principalmente no meio artístico nacional e internacional, foi um fator social adicional que impulsionou a implementação de um programa nacional. Assim, o envolvimento social no movimento de prevenção e tratamento da AIDS no Brasil também foi baseado na constatação de ampla disseminação da doença em diferentes classes sociais no país, tornando-se um apoio generalizado que incluía a inserção das elites nacionais na proposição de ações políticas em relação à doença (Simões, 2012, p. 15-16).

Assim sendo, obedecendo à sua natureza impessoal, a epidemia de aids afetou a vida de várias celebridades brasileiras, trazendo à tona uma espécie de “democratização” da infecção, o que contribuiu para aumentar a visibilidade da causa organizada em torno da luta contra a aids e, de certa forma, para um relativo decaimento do processo de estigmatização que vinha sendo operado desde a descoberta dos primeiros casos da doença. A Imagem 6, a seguir, mostra um conjunto de personalidades da mídia nacional vitimadas pela aids:

Imagem 6 – Vítimas famosas da aids no Brasil: o cartunista Henfil, o ator Lauro Corona, o cantor Cazuza, a atriz Cláudia Magno, o cantor Renato Russo, o sociólogo Betinho e os atores Tales Pan Chacon e Sandra Brea.



Fonte: Westin (2023, *on-line*).

2.2 A saída do armário

A não aprovação da emenda das Diretas Já! pela Câmara dos Deputados manteve o procedimento para escolha do sucessor do então presidente João Baptista de Oliveira Figueiredo sob o regime de eleição indireta via Colégio Eleitoral, processo este que fora conduzido sob a tutela do último governo ditatorial. Nesse cenário, em 1985, os candidatos à presidência foram Tancredo Neves, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e Paulo Maluf, do Partido Democrático Social (PDS) (Pires, 2006; Sallum Júnior, 2003).

A vitória no Colégio Eleitoral coube a Tancredo Neves, fato que marcou o fim de um período de 21 anos de censura e repressão, além de ter inaugurado um novo ciclo da república brasileira. No entanto, após sua eleição, Tancredo Neves faleceu, tendo tomado posse no cargo de Presidente da República o seu vice, José Sarney, para cumprir um mandato de cinco anos, compreendido entre os anos de 1985 e 1990. Este evento marcou, portanto, uma reviravolta significativa na política brasileira, com implicações profundas para a trajetória democrática do país (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015; Pires, 2006).

Durante o governo de José Sarney, o Brasil afundou-se em uma grave crise socioeconômica. A inflação, que já era alta ao final do regime militar, atingiu índices alarmantes no primeiro ano de governo, sendo registrado um pico de 15% em fevereiro de 1986. Como medida de combate ao descontrole inflacionário, o governo Sarney lançou, por meio do Decreto-Lei n. 2.283, de 27 de fevereiro de 1986, o Plano Cruzado, que tinha como base uma abordagem focada no congelamento de preços, troca da moeda corrente e desindexação. Apesar de ter sido bem-sucedido inicialmente, devido ao estímulo ao consumo e ao alívio na deterioração do poder de compra da população, o Plano Cruzado não obteve o êxito esperado pelo governo, vindo a sucumbir poucos meses após a sua implementação (Amano, 2016; Garcia, 2020; Leite Júnior, 2012).

O insucesso do Plano Cruzado foi motivado pela inexistência de um sistema eficiente de oferta capaz de absorver a alta demanda por bens e serviços provocada pelo aumento do poder de compra da população, tendo em vista que os produtores enfrentavam dificuldades para, no curto prazo, incrementar suficientemente a produção desses recursos, além de estarem relutantes em acatar a medida do governo de congelamento dos preços dos produtos, o que gerou sua escassez no mercado e a prática da cobrança de ágio aos consumidores (Leite Júnior, 2012).

O Plano Cruzado também foi impactado pela política de substituição de importações vigente, pois, muito embora esta tivesse o objetivo de incentivar o

desenvolvimento da indústria nacional, contribuiu para agravar o estado de escassez de produtos no mercado. Com o fracasso do Plano Cruzado, o governo Sarney implantou uma série de planos de estabilização, tais como o Plano Cruzado II, o Plano Bresser e o Plano Verão, os quais se mostraram contraproducentes porque não conseguiram corrigir as distorções e os desequilíbrios da economia brasileira (Averbug, 2005; Macarini, 2009).

A crise da dívida externa brasileira estabeleceu-se como um grande problema para o país em toda a década de 1980 e, juntamente ao crescimento econômico cambaleante do período, representou uma constante para o governo Sarney. O montante em empréstimos internacionais realizados pelo Brasil a fim de financiar o seu desenvolvimento econômico, cujos contratos, assim como os juros incidentes, eram calculados com base em moeda estrangeira e sujeitavam-se às variações nas taxas de câmbio, estrangulou a capacidade de honrar o pagamento da dívida oriunda dessas transações, devido ao esgotamento de suas reservas cambiais e à pressão exercida sobre a moeda nacional (Amano, 2016).

Diante desse cenário caótico de crise, o governo Sarney decretou a moratória em 1987, tendo enfrentado, com isso, diversos obstáculos para o saneamento da dívida externa, uma vez que o processo de renegociação e reestruturação de seu pagamento junto aos credores internacionais se deu de forma lenta e envolta em desconfianças, face à vultuosidade da dívida e à instabilidade política brasileira (Garcia, 2020).

Toda essa crise reverberou negativamente sobre o PIB do país, tendo, após três anos seguidos de crescimento, sofrido uma queda em 1987, na medida em que a dívida externa exercia um grande peso no orçamento público, constringindo as iniciativas de ações governamentais relativas à alocação de recursos financeiros em políticas econômicas e projetos de desenvolvimento que visassem ao fomento do crescimento consistente do PIB nacional. Ressalta-se que a dificuldade na obtenção de crédito externo, decorrente da incredulidade dos investidores na capacidade do Brasil em bancar adequadamente os custos do serviço da dívida, contribuiu para achatá-los ainda mais os índices de expansão econômica (Amano, 2016; Carneiro, 1991; Garcia, 2020).

As evidências empíricas não deixam dúvidas sobre a caracterização dos anos 80 como um período de estagnação. Após o esgotamento de um longo ciclo de expansão, a economia ficou à deriva sem encontrar um novo padrão de crescimento sustentado. O comportamento dos agregados macroeconômicos ao longo da década só vem comprovar tal assertiva. O crescimento do PIB próximo ao aumento da população, com significativa redução quando confrontado com a tendência histórica, traduz de forma mais imediata os contornos da estagnação. [...] O aspecto comum a todas as variáveis macroeconômicas durante a década é sua grande variabilidade ou, mais precisamente, seu elevado grau de instabilidade, que se expressa na curta duração de ciclos econômicos com breves períodos de expansão e retração, a exemplo do investimento, que apresenta intensa retração em 1981/83, expansão equivalente em

1984/86 e nova retração em 1987/89 (Carneiro, 1991, p. 47-48).

Com a piora do quadro de crise econômica, foi se dissipando o apoio da população ao governo Sarney, insatisfeita com os rumos que as políticas do governo estavam tomando para contornar a situação de desequilíbrio das finanças públicas pela qual o país passava naquele momento (Averbug, 2005). O irrompimento de casos de corrupção envolvendo membros do partido do presidente da República também se constituiu como fator decisivo para a desaprovação popular ao governo (Guerra *et al.*, 2017; Maciel, 2008).

A recessão econômica observada durante o governo Sarney acentuou as disparidades sociais perpetuadas historicamente desde o início do processo de formação socioeconômica do Brasil. Isso se deveu à sequência de estratégias infrutíferas utilizadas pelo governo para contenção da inflação, as quais, ao desequilibrarem ainda mais a economia, obstruíram a criação e a manutenção dos postos de trabalho, levando ao desemprego, principalmente no setor da indústria (Amano, 2016).

Essa conjuntura possibilitou o alargamento do fosso já existente entre ricos e pobres no Brasil, pois os impactos da crise econômica foram sentidos de maneira mais contundente nesta parcela da sociedade, em virtude de sua baixa plasticidade para lidar com efeitos adversos das políticas de austeridade então implementadas pelo governo, tendo conduzido, como consequência, a processos de pauperização e exclusão social, além de precarização do acesso à saúde e educação, problemas sociais estes muito em voga no período (Amano, 2016; Barbosa, 1998).

Por ter sido o primeiro governo civil após mais de duas décadas de supressão de liberdades políticas e sociais, o governo Sarney ficou responsável pelo avanço do movimento de redemocratização do Brasil. Para dar passagem a essa nova etapa de construção de um Estado entalhado pela insígnia da institucionalidade democrática, foi convocada, ainda durante a vigência do Plano Cruzado, a Assembleia Nacional Constituinte, por meio da Emenda Constitucional n. 26, de 27 de novembro de 1985, a fim de formular uma nova Carta Magna para a nação (Maciel, 2008).

A sétima constituição brasileira, também conhecida como “Constituição Cidadã”, foi promulgada a 5 de outubro de 1988 e permitiu a volta e consolidação da democracia, bem como a institucionalização de direitos humanos no país por meio de um arcabouço jurídico que ampliou o escopo dos direitos e garantias fundamentais a partir da junção de direitos sociais a direitos civis e políticos, consagrando, dessa forma, o princípio da indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, o que permitiu aos cidadãos invocar e exercer tais

direitos e garantias fundamentais de forma direta, independentemente de qualquer regulamentação infraconstitucional (Braga, 2014; Brasil, [2023]; Carneiro; Brasil, 2021).

A CF de 1988 reforçou o compromisso com a proteção social ao estender a sua abrangência aos direitos humanos previstos em tratados internacionais ratificados pelo Brasil, bem como a outros direitos e garantias porventura derivados de suas diretrizes fundantes (Brasil, [2023]). No que se refere à saúde, o texto constitucional sofreu grande influência dos ideais que nortearam o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, garantindo um acesso universal e igualitário à saúde mediante provimento obrigatório pelo Estado (Paim, 2008).

Além disso, a CF de 1988 estabeleceu eleições diretas para todos os cargos eletivos integrantes do sistema político do Brasil, cimentando definitivamente seu regime de governo democrático por representação (Brasil, [2023]). Apesar desta conquista, José Sarney encerrou seu governo deixando ao país, como herança, uma taxa hiperinflacionária que chegou a alcançar 1782,9% para o ano de 1989 e 81,3% ao mês em março de 1990 (Amano, 2016; Macarini, 2009; Pinto, 2019).

Foram nessas circunstâncias que, durante o governo Sarney, em 2 de maio de 1985, por meio da Portaria n. 236, baixada pelo então Ministro da Saúde, Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna, fora instituído o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, com a denominação, à época, de *Programa de Controle da SIDA ou AIDS*, tendo a criação desta intervenção se dado sob a coordenação nacional da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do MS (Brasil, 1985).

Naquele momento, em meio a altos índices de casos e de mortalidade produzidos pela aids, à falta de soluções medicamentosas específicas para o seu tratamento e à indisponibilidade de recursos direcionados para o gerenciamento nacional da epidemia, encerrados em um cenário dominado por um certo grau de obscurantismo nos meios médico, científico e burocrático, que beirava a uma catástrofe social, o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids focou, inicialmente, sua ação na prevenção e na vigilância epidemiológica da doença (Barros, 2018; Brasil, 1985, 2003; Teixeira, 1997).

A emergência dessa política durante o período de redemocratização, com a formação de várias organizações não governamentais, e a constituição do Sistema Único de Saúde, quando agentes do movimento sanitário assumiram importantes funções nos diferentes níveis da gestão do sistema de saúde brasileiro, bem como a dominância do campo médico podem ter contribuído para a formulação de uma política baseada na integralidade das ações e no acesso universal à assistência, como podem ter possibilitado uma maior participação da burocracia estatal na sua formulação (Barros, 2018, p. 26).

Com a publicação da Portaria n. 236, que regulamentou as primeiras condutas a

serem adotadas para a prevenção e o controle da aids no Brasil, o governo federal admite a inscrição da doença na pauta de problemas de saúde a serem enfrentados pelo poder público (Souza *et al.*, 2010). No entanto, mesmo após a iniciativa de criação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, o governo federal continuava relegando a aids a um segundo plano, ao privilegiar o enfoque em doenças endêmicas que estavam em alta na ocasião, tais como doença de Chagas, esquistossomose e hanseníase (Barros, 2018).

Apesar de ainda conter em seu bojo a noção de grupos de risco para a transmissão da aids, a Portaria n. 236 trouxe uma inovação extremamente importante em termos de vigilância epidemiológica da doença no Brasil: a previsão da notificação de novos casos de aids e de óbitos ocorridos em sua decorrência. No entanto, a obrigatoriedade da notificação dos casos de aids só foi regulamentada pela Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986. A operacionalização dessas medidas mostrou-se fundamental para se traçar o perfil da epidemia no país, articulando essa identificação a ações em nível de investigação clínica, epidemiológica e laboratorial, bem como de educação em saúde de base preventiva (Brasil, 1985, 1986).

O período da primeira gestão do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, compreendido entre 1986 e 1990, que esteve sob comando de Lair Guerra de Macedo Rodrigues, foi marcado pelo esforço do MS para a organização da política no contexto nacional, em termos de construção de sua estrutura interna, e pela priorização de estratégias voltadas para aspectos concernentes à prevenção da aids, ao mesmo tempo em que fora suprimida a autonomia dos estados quanto à instituição de ações programáticas de enfrentamento local da epidemia, as quais passaram a ser normatizadas de forma centralizada no MS (Teixeira, 1997).

Barros (2018) refere que essa gestão foi duramente criticada pelas organizações militantes que consideravam que o governo possuía um repertório de ação contra o HIV/aids dominado por normas rígidas e abordagens majoritariamente médicas, bem como agia com descaso frente à gravidade da epidemia, visto que as medidas de combate propostas pelo ente federal não estavam sendo capazes de prover serviços de assistência necessários ao adequado cuidado dos enfermos.

No que diz respeito ao modo como as campanhas educativas de prevenção à aids foram executadas durante esse período, as críticas consideravam que as estratégias de educação em saúde promovidas pelo MS eram inadequadas à situação epidêmica em que o país se encontrava, devido à complexidade do conteúdo das mensagens transmitidas, sendo tidas por algumas organizações como de difícil compreensão, e à suposta elitização do público-alvo das campanhas, o que poderia deixar de alcançar efetivamente os grupos mais vulneráveis (Barros, 2018).

Também foram tecidas críticas à ênfase das campanhas na responsabilização individual das pessoas, em razão do forte incentivo ao uso de preservativos e demais medidas de autoproteção, sem a correspondente associação a outras ações estratégicas, abordagem que, na visão das ONGs, culpabilizava os indivíduos, principalmente os homossexuais masculinos, fomentando o estigma e a discriminação, suscitava temor ao sexo e à morte pela aids entre a população e isentava o governo de suas responsabilidades legais, em especial no que se referia à possibilidade de contaminação pelo HIV por meio de transfusão de sangue e hemoderivados, dada a inexistência de controle sobre a comercialização desses materiais biológicos pelo Estado. A campanha de 1988, por exemplo, foi alvo de contestações em virtude da vinculação da doença à figura feminina (Barros, 2018), conforme demonstrado na peça publicitária a seguir (Imagem 7).

Imagem 7 – Campanha de prevenção à aids de 1988.



Fonte: Westin (2023, on-line).

Manteve íntima relação com o processo de estruturação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids o sancionamento da Lei n. 7.649, de 25 de janeiro de 1988, conhecida popularmente como *Lei Henfil*, em homenagem ao famoso cartunista Henfil, irmão de Betinho, vitimado pela aids em decorrência de transfusão sanguínea, que normatizou o controle sobre a doação de sangue no Brasil (Brasil, 1988a; Parker, 2003), e da Lei n. 7.670, de 8 de setembro

de 1988, que garantiu direitos e benefícios previdenciários, tais como a licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez, reforma militar, pensão especial ou por morte, auxílio-doença e usufruto de quantia acumulada no Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para as PVHA que se enquadrassem nos requisitos estabelecidos pela legislação previdenciária vigente (Brasil, 1988b).

A promulgação da CF em 1988 destaca-se no contexto da resposta oficial do Brasil à epidemia de aids, pois permitiu transportar princípios da Reforma Sanitária, já incorporados em seu texto, especificamente nos artigos que remetem à criação do SUS, a exemplo do controle social, da descentralização, da equidade, da integralidade e da universalidade, para a base ideológica em que se fundou o escopo do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids (Brasil, 1999b, [2023]; Grangeiro; Silva; Teixeira, 2009; Malta; Bastos, 2008), coalizão esta que se fez possível graças à atuação da sociedade civil organizada e ao financiamento disponibilizado em 1987 pela Organização Panamericana de Saúde (Opas) para as intervenções iniciais do governo brasileiro sobre a problemática do HIV/aids (Brasil, 2003).

Dessa forma, a conformação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids se dá sobretudo quando da criação do SUS pela nova constituição, ocasião em que houve uma ampliação da perspectiva de atenção à saúde no Brasil por meio da democratização ao seu acesso, o que aproximou o cidadão impactado pela epidemia de aids a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de sua saúde, materializando o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids como um exemplo, reconhecido, inclusive, internacionalmente, da eficiência e eficácia do SUS em matéria de saúde pública (Brasil, [2023]; Villarinho *et al.*, 2013).

A fase de estruturação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids coincidiu, portanto, com um período dominado pela concepção de grupos de risco e por uma alta prevalência de aids nas populações de homo e bissexuais masculinos, hemofílicos e demais transfundidos (Malta; Bastos, 2012). Por outro lado, é durante essa fase que também tem início, mesmo que de forma rudimentar, a edificação, pelo MS, de uma rede de suporte medicamentoso para o tratamento do HIV/aids, com a autorização da comercialização farmacêutica da droga intitulada Azidotimidina (AZT), emanada pela Portaria n. 18, de 6 de outubro de 1987 (Brasil, 1987), e para o tratamento das doenças oportunistas relacionadas, em meados do ano de 1988 (Brasil, 2005).

Apesar da legalização da venda de AZT e da implementação, por parte do poder público, da distribuição de medicações contra doenças oportunistas decorrentes da aids terem se tornado uma realidade já na segunda metade da década de 1980, o acesso à Tarv ainda era algo difícil de ser alcançado no Brasil no começo dos anos 90. Essa situação confirma que,

naquele momento, o investimento em tratamento efetivo para a doença ainda não se configurava como uma prioridade para o MS e, por tabela, para o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids (Barros, 2018).

A grave crise econômica na qual o Brasil estava mergulhado e as desigualdades sociais que só permitiam àqueles que detinham um alto poder aquisitivo adquirir as opções terapêuticas anti-aids disponíveis, seja no mercado nacional, seja por meio de contrabando ilegal de medicamentos oriundos do exterior, forjaram uma situação que, posteriormente, já na década de 1990, evoluiu para o ajuizamento de ações pelas PVHA contra o Estado brasileiro na tentativa de que este proovesse acesso gratuito ao tratamento para a aids através do SUS (Brasil, 2005; Barros, 2018).

Nesse sentido, foi no governo de Fernando Affonso Collor de Mello que, em 1991, por intermédio do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, o MS passa a disponibilizar na rede pública o AZT para tratamento do HIV/aids (Greco, 2016). Apesar disso, a gestão Collor empenhou-se em necropolitizar o programa nacional através do implemento de disrupções em sua estrutura, atingindo várias bases de sustentação (Marques, 2002).

De 1990 a 1992 houve, portanto, um declínio do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids que, segundo Marques (2002, p. 55),

[...] desarticulou-se no período, comprometendo a integração com os estados, as Ongs e outras instituições, o que fragilizou não só o próprio programa nacional como também, e mais importante, o processo de implantação e construção do combate à Aids no Brasil, enquanto a doença avançava. O governo Collor mostrou-se não apenas uma catástrofe nacional no aspecto político, como também na gerência da saúde pública. Especificamente em relação à Aids, executou estratégias marcadas pela incongruência e voluntarismo, atingindo o Programa Nacional e sua evolução.

A década de 1990 caracteriza-se, assim, por ser o período de afirmação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids no cenário nacional em que houve a consolidação das conquistas obtidas com a CF no setor saúde por meio da promulgação da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, intituladas Leis Orgânicas da Saúde, as quais regulamentaram o SUS, colocando seus princípios e diretrizes em prática (Brasil, 1990a, 1990b), bem como a instalação de parceria entre o governo federal e o BM, que foi responsável pelo financiamento do Programa Nacional de IST/HIV/aids via estabelecimento de acordos de empréstimo, dos quais se sobressaem, nessa época, o AIDS 1 e o AIDS 2 (Pereira, 2021).

Calazans, Parker e Terto Júnior (2022, p. 211) explicitam a importância do BM para o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids ao referirem que “O Programa Nacional tornou-se mais robusto, a partir de 1994, com os primeiros empréstimos do Banco Mundial negociados pelo

governo brasileiro, ampliando massivamente a resposta ante a epidemia no Brasil”. A adesão do Brasil à política financeira implementada pelo BM nesse período insere-o em uma agenda internacional de reformas que objetivava a neoliberalização da saúde e a valorização da participação de organizações do terceiro setor na gestão pública da saúde nos países subdesenvolvidos, inserção essa que, no caso do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, acabou por compatibilizar os interesses do BM e do governo brasileiro vigente (Mattos, 2000).

Quanto às ações do Banco Mundial, o empréstimo destinado às ações para conter a epidemia de HIV/aids em função do volume financeiro envolvido, oferece ao Programa brasileiro de aids condições sem precedentes dentro do que vinha sendo feito no país. Para alguns países, inclusive o Brasil, os empréstimos do Banco Mundial tornaram-se uma das maiores fontes de recursos para as atividades em HIV/aids, e propiciaram a projeção das políticas brasileiras como das mais abrangentes já implementadas. [...] Os Projetos AIDS I e AIDS II contribuíram para a melhoria da qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e DSTs e também para a expansão dos serviços em todos os 17 estados da Federação. Embora esses projetos não financiassem o custo dos medicamentos anti-retrovirais, foram a base dos financiamentos críticos em capacitação para tratamento e assistência que possibilitaram a efetivação dos medicamentos disponibilizados aos doentes. A assistência do Banco Mundial também estimulou as parcerias público-privadas, expandindo consideravelmente a capacidade de cobertura do Programa Nacional, especialmente para alcançar grupos marginalizados e de difícil acesso para as políticas públicas (Monteiro; Villela, 2009, p. 39-40).

A relação de animosidade existente entre as ONGs e o governo federal nos anos 80, alimentada pela forma desidiosa com a qual este lidava com a problemática da aids no país, cede lugar, principalmente de 1992 em diante, à construção de um diálogo mais aproximado entre esses dois atores, em razão da mudança de olhar gerencial do MS para a epidemia, o qual passou a investir, no âmbito do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, em pesquisas e em projetos específicos das frentes de organização social de combate ao HIV/aids, com apoio de recursos financeiros originários tanto do próprio caixa quanto dos empréstimos realizados junto ao BM (Nascimento, 2005), o que fez com que houvesse um aumento exponencial do número de ONGs ligadas à aids no decorrer dos anos 90 (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Dessa forma, as ONGs conseguem, em definitivo, demarcar seu lugar de participação no território de formulação e avaliação das políticas públicas em HIV/aids, estabelecendo uma relação colaborativa sólida com o governo federal (Galvão, 2000; Nascimento, 2005). As táticas utilizadas pelo MS para a educação em saúde e prevenção da aids no Brasil tornaram-se mais amenas no sentido de que os discursos das campanhas oficiais deixaram de apresentar o tom ameaçador até então utilizado na conscientização da população quanto ao perigo de transmissibilidade da doença (Parker, 1994).

Paralelamente a isso, ocorre, mormente dos anos 90 em diante, a alteração do

paradigma de infecção pelo HIV/aids, com uma maior visualização de novos casos da doença em outros conjuntos sociais, quais sejam aqueles formados pelos usuários de drogas injetáveis (UDI) e heterossexuais. A feminização da epidemia sobrevém por volta dessa mesma época, quando as mulheres passam a ser as mais atingidas pela aids (Brasil, 2001).

Posteriormente, já durante o primeiro mandato do então presidente Fernando Henrique Cardoso, houve a promulgação da Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garantiu, mediante o SUS, acesso universalizado ao tratamento para HIV/aids no Brasil, evento este que alçou o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids a um patamar de reconhecimento internacional (Brasil, 1996; Greco, 2016).

Tem-se, então, que a fase de afirmação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids funcionou com um celeiro para a consolidação do caráter abrangente desta política, uma vez que às diretrizes de prevenção, foco do programa até o final da década de 1980, foram adicionadas as referentes à assistência, por força da obediência aos princípios da integralidade e universalidade do SUS, os quais consubstanciaram a junção entre medidas de prevenção e tratamento do HIV/aids, enquanto práticas primordiais para o combate à enfermidade, dentro da matriz de formulação do programa (Barros, 2018).

Conforme a aids vai se disseminando entre outras subpopulações, consideradas, até então, pelos padrões moral e religioso da sociedade, fora do radar da doença, a percepção geral da existência de grupos de risco para a sua transmissão começa a mudar, sendo então substituída pela ênfase em comportamentos de risco, ou seja, na responsabilização de cada indivíduo por atitudes pessoais de risco assumidas diante da possibilidade de infecção pelo HIV. Inspirada teoricamente por este novo entendimento, além da influência exercida pelos preceitos que compunham o projeto de financiamento AIDS I, o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids passa a trabalhar ações de educação em saúde e prevenção voltadas para mudanças de comportamentos tidos como de potencial risco de infecção pelo HIV (Camargo Júnior, 1999; Galvão, 2000).

Apesar de ter sido elaborado na tentativa de se operar a desconstrução dos estigmas que recaíam sobre os grupos populacionais inicialmente atingidos pela aids (Nascimento, 2003), o conceito de comportamento de risco demonstrou ser incapaz de descaracterizá-los, pois não logrou êxito em desvincular totalmente a infecção pelo HIV dos julgamentos morais e da culpabilização individual, além de ter favorecido a terceirização do risco, ao manter na sociedade a visão de que apenas aqueles que desfrutavam de um comportamento arriscado estariam suscetíveis à doença, de modo que apenas ao outro caberia o lugar do perigo (Schaurich, 2004).

Ao final da década de 1990, após a oportunização do acesso universal e gratuito à terapia para o HIV/aids, proporcionada através do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids em 1996, observa-se uma estabilização do número de casos da doença no Brasil, ao mesmo tempo em que se verifica o início de um processo de aumento da sobrevivência das PVHA sob tratamento. A ampliação da expectativa de vida das PVHA perpassa também a questão da melhora da qualidade de vida desse público, para a qual fora de fundamental importância a promulgação da Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, também conhecida como “Lei dos Medicamentos Genéricos”, que, no âmbito de sua competência, facilitou o acesso das PVHA ao tratamento para aids (Brasil, 1999a; Nogueira, 2013).

Apesar disso, de acordo com Nascimento (2005), a epidemia de aids toma novos rumos dentro do contexto epidemiológico em que estava inserida, valendo-se, para tanto, das fragilidades sociais e históricas que conformavam a saúde pública brasileira. A doença experimenta um novo fenômeno que a pauperiza e a interioriza, na medida em que passa a se infiltrar nas zonas periféricas urbanas, assim como pelo interior do país, evidenciando que as iniquidades em saúde assentes na sociedade representaram um solo fértil para a potencialização do seu alcance. A autora informa que este fenômeno de pauperização e interiorização da aids pode ser explicado a partir da “[...] falta de acesso a serviços de saúde, menor ou nenhuma organização da comunidade e trabalho de prevenção extremamente dificultado pelo baixo nível de escolaridade das populações interioranas” (Nascimento, 2005, p. 106).

A promulgação da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde, representou um grande avanço para os cuidados em aids no Brasil, uma vez que obrigou a inclusão do tratamento para a doença na cobertura dos planos de saúde. Além de ter expandido as opções de acesso a esse tipo de tratamento, a Lei n. 9.656 sinalizou a importância da adoção de estratégias colaborativas, a serem pactuadas entre os entes público e privado, para enfrentar questões de saúde pública como o HIV/aids (Brasil, 1998; Souza; Santos; Oliveira, 2015).

A sistematização das normas do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, as quais vinham sendo utilizadas para embasar as operações de prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência relacionadas ao HIV/aids no Brasil, ocorreu no ano de 1999, sob supervisão da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, quando lhe fora atribuída a alcunha de *Política Nacional de DST/Aids*⁶ (Brasil, 1999b).

⁶ Cabe aqui ressaltar que a nomenclatura do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids sofreu várias modificações ao longo do tempo (Galvão, 2002), tendo sido dada a sua última denominação pela Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017d).

O Programa Nacional de ISTs/HIV/aids é um constructo que se espelha, de modo geral, nos princípios da integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social do SUS, os quais transplantam para o *corpus* do programa o incentivo à participação ativa da sociedade em sua gestão e à promoção da saúde da população, permitindo a institucionalização e a sustentabilidade dos esforços despendidos na prevenção e no controle de ISTs/HIV/aids (Brasil, 1999b).

Em um sentido geracional, a formulação e a execução do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, em consonância com o legado do SUS, criaram vínculos que o permitiram envolver-se intimamente com as diversas esferas autônomas de governo, sejam em âmbito federal, estadual ou municipal, superando o centralismo formal de controle da epidemia de aids, outrora verificado, e, ao mesmo tempo, apropriando-se das especificidades do quadro epidêmico nas mais diversas localidades brasileiras (Brasil, 1999b).

Portanto, o respaldo ético-legal que o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids tem na CF de 1988, e mais especificamente no SUS, representa a conciliação entre os interesses do Estado e da sociedade em torno da luta contra a aids no Brasil como forma de expressão do direito fundamental à saúde por todos os cidadãos brasileiros, a ser garantido obrigatoriamente pelo Estado (Brasil, 1999b).

A implantação efetiva do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids em nível local se constrói de fato por intermédio da descentralização, a qual confere aos estados e municípios a responsabilidade pela condução das ações de prevenção e tratamento do HIV/aids e das demais ISTs em suas zonas de competência. A estruturação compartilhada desse modelo de atenção à saúde requer uma interlocução entre os diferentes setores das esferas governamental e não governamental suportada em bases colaborativas, o que tende a favorecer a efetividade do programa quando implementado localmente (Brasil, 1999b).

A consolidação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids no plano dos entes federativos estadual e municipal também deve ser objeto da atuação da comunidade através de sua participação ativa na definição de prioridades e na fiscalização das ações, em conformidade com o previsto no Art. 198 da CF (Brasil, 1999b, [2023]). Brasil (1999b) salienta que a sociedade civil, enquanto parceira indispensável a toda essa articulação, deve ser fortalecida e integrada organicamente às estruturas governamentais locais.

Segundo Brasil (1999b, p. 11) os objetivos principais e específicos do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids são:

[...] 1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST; 2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no

que se refere ao HIV/aids; 3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids. Os objetivos específicos que se desdobram são: 1. promover a adoção de práticas seguras em relação as DST; 2. promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids; 3. aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids; 4. promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade; 5. reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV; 6. assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV; 7. promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV; 8. promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas.

O Programa Nacional de ISTs/HIV/aids foi estruturado em três componentes principais, cujas intencionalidades se distinguem, mas que se complementam para responder à epidemia de aids no Brasil, a saber: *Promoção, Proteção e Prevenção*; *Diagnóstico e Assistência*; e *Desenvolvimento Institucional e Gestão*. Estes componentes se desdobram em diretrizes e estratégias que têm como referência os objetivos gerais e específicos do programa e se dispõem a efetuar o controle do HIV/aids e demais ISTs por meio de ações de intervenção instrumentalizadas na perspectiva da prevenção, da assistência, da garantia dos direitos humanos, da comunicação social, do desenvolvimento institucional e da diversidade sociocultural das populações sujeitas e já atingidas por estas moléstias (Brasil, 1999b).

O componente 1 do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, intitulado *Promoção, Proteção e Prevenção*, vislumbra como horizonte principal a ser alcançado a diminuição do aparecimento de casos novos de infecção por HIV/aids e demais ISTs através do investimento em prevenção, o que inclui, além destes agravos, a prevenção do consumo abusivo de substâncias, a promoção à saúde e a preservação dos direitos fundamentais das PVHA. Para chegar a este denominador, o componente *Promoção, Proteção e Prevenção* ancora-se na compreensão e aplicação de diferentes conceitos, entre os quais podem ser citados a vulnerabilidade e o risco; a redução de danos; os direitos humanos; a participação e o controle social; e a comunicação social (Brasil, 1999b). Como proposta teórica, este componente fundamenta-se na processo saúde-doença, que é encarado “[...] como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos” (Brasil, 1999b, p. 14).

Esses conceitos e referenciais fornecem, portanto, as bases teóricas das quais as práticas de prevenção e promoção da saúde no contexto do HIV/aids e das demais ISTs não podem estar dissociadas e, sobretudo, a partir das quais é alinhavado o entendimento de que, no que tange à epidemia de aids, há uma multiplicidade de apresentações que variam conforme as diferentes características regionais e populacionais, o que importa considerar que a

vulnerabilidade, o risco e as mudanças de práticas, atitudes e comportamentos são fatores de impacto importantes sobre a epidemia (Brasil, 1999b).

No componente *Promoção, Proteção e Prevenção*, a promoção à saúde é valorizada pela centralidade conferida à qualidade de vida como sustentáculo para o pleno exercício da cidadania, regada a participação e controle social sobre as intervenções estatais, em meio à complexidade da epidemia de aids. Assim, a promoção à saúde transcende a mera abordagem biomédica da doença e passa a ser concebida como instrumento essencial para a avaliação objetiva das diversas situações individuais que se põem diante de uma realidade epidêmica tão heterogênea e para a viabilização de um desenvolvimento socioeconômico perpassado pela concepção de equidade (Brasil, 1999b).

Nesse aspecto, algumas condições são essenciais para a garantia da promoção à saúde: a promoção de atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas portadoras de HIV/aids; a garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de HIV/aids; acesso à rede de saúde e aos insumos e serviços de prevenção as DST/aids e ao uso indevido de drogas; e a descentralização de ações no âmbito da prevenção, da promoção e da educação em saúde. As estratégias pertinentes à promoção da saúde contemplam três níveis de complexidade: preparar a sexualidade plena e responsável, oferecendo subsídios para a avaliação de situações de maior exposição ou de menor chance de proteção à infecção; proteção específica aos agravos e riscos individuais e sociais, tornando disponível conhecimento e instrumental específico de prevenção às doenças de transmissão sexual e sanguínea; e controle dos danos ou da não-progressão de lesão já estabelecida, buscando-se a reabilitação das funções perdidas (Brasil, 1999b, p.14).

O conteúdo do componente 2 do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, intitulado *Diagnóstico e Assistência*, engloba diretrizes, estratégias e ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e seguimento das PVHA, bem como de indivíduos acometidos por outras ISTs. Trata-se, então, de um componente que estabelece orientações para garantir que tais subpopulações tenham acesso universal e integral a serviços de diagnóstico precisos e de qualidade, tratamentos adequados e acompanhamento médico-ambulatorial e hospitalar contínuos nas unidades de saúde do sistema público, promovendo, dessa forma, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos e a redução dos índices de morbimortalidade que tenham como causa básica o HIV/aids e demais ISTs (Brasil, 1999b).

Já o componente 3 do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, intitulado *Desenvolvimento Institucional e Gestão*, incumbe-se de reforçar a responsabilidade das instituições envolvidas na efetivação das ações de prevenção e controle em ISTs/aids para com a consecução dos objetivos gerais traçados pela política. Desse modo, este componente adquire uma importância estratégica determinante para a obtenção de uma gestão eficiente das políticas de enfrentamento às ISTs e ao HIV/aids baseada na descentralização, no fortalecimento dos

gestores locais, na participação e controle social e no acesso universal aos serviços e insumos de assistência e prevenção das ISTs e do HIV/aids pela população em geral, dispensando-se atenção especial àquelas em situação de vulnerabilidade maior para estes agravos (Brasil, 1999b).

Com relação ao monitoramento e avaliação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, um dos primeiros itens considerados prioritários no acompanhamento do programa diz respeito à epidemiologia da infecção pelo HIV/aids e demais ISTs, que exige conhecimentos acerca da abrangência, tendências e determinantes da epidemia destes agravos em todo o Brasil. Os dados produzidos no âmbito da epidemiologia, como, por exemplo, aqueles relativos à estimativa do número de pessoas infectadas pelo HIV, à análise da situação epidemiológica das IST, à investigação detalhada dos casos de aids e sífilis congênita e aos índices de morbimortalidade por ISTs/HIV/aids, se constituem em importantes fontes de informação que podem subsidiar ajustes na implementação de medidas de controle e prevenção de ISTs/HIV/aids (Brasil, 1999b).

Sendo assim, o conteúdo do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids dispensa muito de sua atenção a ações de vigilância epidemiológica, as quais só podem ser possíveis pela convergência das informações provenientes das bases de dados de doenças de notificação compulsória, alimentadas localmente pelas Secretarias de Saúde e outras entidades da área por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e de resultados de estudos epidemiológicos sobre ISTs/HIV/aids (Brasil, 1999b).

Outro item priorizado pelo Programa Nacional de ISTs/HIV/aids para monitoramento e avaliação se refere à garantia do acesso ao diagnóstico, tratamento e assistência de qualidade para as PVHA e para as pessoas que vivem com outras ISTs. O acompanhamento das ações correlatas a esse universo, em que se inclui a oferta de medicamentos antirretrovirais, de exames laboratoriais e de tratamentos para ISTs, juntamente com a avaliação constante da resolutividade e efetividade dessas intervenções, tornam-se, por seu turno, indispensáveis para assegurar a adequada implementação das diretrizes, estratégias e linhas de ação estabelecidas pelo programa para serem executadas nas várias instâncias federativas do país (Brasil, 1999b).

O Programa Nacional de ISTs/HIV/aids reserva ao monitoramento e à avaliação um local no respectivo processo de gestão onde se reúnem ações de participação que dialogam entre si para dar fluidez a decisões tomadas pela gestão e para tornar as funções gerenciais ligadas ao programa mais autônomas, sob o pretexto da conquista de sua operacionalidade sustentável no território de combate ao HIV/aids e às demais ISTs (Brasil, 1999b).

[...] o processo de gestão é um processo integral e participativo, que envolve as distintas instituições, organizações, órgãos e instâncias governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, que participam da formulação e implementação de políticas, diretrizes, estratégias e ações de prevenção e controle das DST/aids no país. [...] como parte desse processo de gestão, a avaliação constitui um esforço continuado e diferenciado em que é verificado o grau de coerência entre os resultados alcançados por meio das ações realizadas e os objetivos gerais e específicos do programa e formulados juízos de valor sobre os impactos gerados na situação inicial e nas situações de comparação; [...] (Brasil, 1999b, p. 59)

Assim, o destaque dado pelo Programa Nacional de ISTs/HIV/aids ao monitoramento e à avaliação das ações, serviços e recursos vinculados à prevenção, diagnóstico e tratamento de IST/HIV/aids desenha-se como uma dimensão crítica a ser considerada permanentemente para o aperfeiçoamento do programa. Da mesma forma, a promoção da integração com outros setores governamentais e da sociedade civil indica a necessidade de vigilância, no que se refere, por exemplo, ao financiamento de iniciativas da área de ISTs/HIV/aids com recursos financeiros do programa. Logo, ao orientar o enfoque para esses elementos, os sistemas de monitoramento e avaliação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids não apenas mensuram o impacto tangível das ações implementadas, mas também o revelam como sendo uma intervenção pública capaz de rever, de maneira continuada, os objetivos, metas e ações concebidos em torno da batalha contra o HIV/aids e o restante das ISTs no Brasil (Brasil, 1999b).

2.3 [Trans]formações no Programa Nacional de ISTs/HIV/aids

A terceira e quarta décadas de epidemia de aids reservaram mudanças substanciais para a implementação do Programa Nacional de IST/HIV/aids no Brasil. O início da década de 2000 caracterizou-se por ser um período em que programas, projetos e fundos, coordenados em nível internacional por diversos países, agências multilaterais, doadores e parceiros, destinaram investimentos maciços, da ordem de milhões de dólares, a iniciativas globais de combate à epidemia de HIV/aids. Esse esforço financeiro foi considerado bem-sucedido, pois, além de outros incentivos, facilitou o acesso ao tratamento ao HIV/aids em diferentes regiões do mundo (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Foi a partir desse período que, no Brasil, o acesso à Tarv foi sendo, de forma paulatina, alargado principalmente em resposta ao compromisso assumido pelo país junto à Organização das Nações Unidas (ONU) através da assinatura da declaração de Ungass, que criou parâmetros mundiais para se encarar o problema público de saúde que o HIV/aids

representava (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022). Paralelamente a isso, a oferta de Tarv pelo SUS passa por um aprimoramento contínuo ao longo dos anos, com a incorporação e disponibilização de novas opções de medicamentos, refletindo, dessa forma, em aumento na sobrevivência das PVHA (Brasil, 2012).

“O questionamento da propriedade intelectual e das leis que impunham barreiras em função das patentes foi também pauta importante no campo nessa terceira década” (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022, p. 215). Apesar do reconhecimento internacional da excelência do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids e do progresso realizado no que corresponde à distribuição gratuita de toda a medicação necessária ao tratamento das PVHA, o Brasil enfrentava dificuldades para arcar com os custos de importação dos medicamentos antirretrovirais, cujos títulos de propriedade industrial pertenciam a grandes multinacionais do ramo farmacêutico, as quais vendiam seus produtos ao governo brasileiro por um preço acima de média do praticado em outros países. (Cavalheiro, 2010; Machado, 2022).

Essa situação chegou a comprometer a sustentabilidade do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, posto que o montante das despesas realizadas na aquisição de medicação patenteada somava valores extremamente altos, não condizentes com o limite total da dotação orçamentária disponível para a compra de remédios pelo programa (Machado, 2022). Em vista disto, iniciou-se, ainda durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, uma movimentação para retirada dos entraves decorrentes dos preços exorbitantes e do direito de propriedade industrial da medicação para HIV/aids, culminando, dessa forma, no ato da quebra da patente do antirretroviral Efavirenz, determinado pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, em seu primeiro mandato, por meio do Decreto n. 6.108, de 4 de maio de 2007, evento que barateou os custos do fornecimento público desta droga, trazendo, assim, novas perspectivas de ação para programa nacional na área do tratamento ao HIV/aids (Ayala *et al.*, 2021).

No transcorrer da década de 2000, o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids presenciou um processo de intensificação e descentralização do estilo bastante próprio do Brasil de combater a epidemia de HIV/aids, do qual também fizera parte. A união entre as habilidades de inclusão de medidas de enfrentamento, tais como a prevenção, ao SUS e de compartilhamento destas para os níveis subnacionais da federação é considerada uma característica vitoriosa da gestão brasileira da crise humanitária da aids do período porquanto ratifica o princípio da integralidade do SUS enquanto orientador das ações de saúde no terreno do HIV/aids (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

A rebiomedicalização⁷, que começa a se sobressair durante esse período, apontou para uma mudança paradigmática, na qual o sucesso da Tarv possibilitou a imersão em uma abordagem focada prioritariamente em intervenções biomédicas, fato que influenciou a forma como o Brasil passou a conceber as estratégias de prevenção e de tratamento ao HIV/aids, representando, assim, um novo horizonte no enfrentamento à epidemia, vislumbrado graças à confiança depositada na efetividade do aparato biomédico utilizado na contenção da doença. O contexto dessa rebiomedicalização, ocorrido ao longo da década de 2000 no Brasil, contribuiu, sobremaneira, para a continuidade da evolução das respostas à aids no país, marcando uma transição importante para década seguinte, no que se refere à condução nacional do comportamento da epidemia (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Calazans, Parker e Terto Júnior (2022, p. 212) assim descrevem a experiência proporcionada pela epidemia de HIV/aids durante a década de 2010:

A nova onda, no começo dos anos 2010, foi marcada pela promessa do ‘fim da Aids’ e a mobilização de muita esperança. Esse discurso foi articulado pelas lideranças e instituições responsáveis por coordenar a resposta global ante a epidemia e adotado como meta alcançável pela ONU até 2016; tendo sido importante para inspirar diversas organizações multilaterais, mas também iniciativas bilaterais, como o PEPFAR estadunidense sob o mote de uma ‘geração livre da AIDS’. Contudo, ativistas e pesquisadores começaram a questionar esse otimismo. Segundo esses críticos, o discurso do ‘fim da Aids’ encobriu uma realidade dura e difícil. Em meados da década de 2010, pouco mais de metade das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) tinham acesso aos medicamentos. Outra parcela significativa de PVHA, especialmente de países mais pobres, só tinham acesso a ‘medicamentos de segunda classe’, ou seja, antirretrovirais mais antigos e mais baratos, mas que têm efeitos colaterais mais numerosos e mais sérios do que as novas gerações de medicamentos. Mesmo países com suposto acesso universal aos medicamentos, como o Brasil, tinham altas taxas de mortalidade nessa década. Além disso, havia falta de acesso à prevenção em todos os países, pelo menos se considerada como um direito de todos, e não privilégio de alguns. Insumos como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que surgiu nessa década, têm acesso restrito a alguns segmentos populacionais, sendo bastante limitado mesmo no conjunto desses grupos. No Brasil, essas tendências globais conviveram com dificuldades políticas e ideológicas adicionais: o surgimento de forte movimento conservador ao longo dos anos 2010, articulado ao fortalecimento de políticas de austeridade e de retirada de direitos sociais, com o consequente desmonte de muitos componentes dos programas governamentais. Enfrentamos significativa redução do financiamento para as ONG/Aids nesse período, também marcado por certa fragmentação do consenso sobre o ‘modelo brasileiro’. Houve, além disso, forte ênfase às respostas biomédicas marcadas por uma perspectiva individualizante, em que a prevenção é conceituada e construída menos como uma prática comunitária ou coletiva do que uma prática individual do paciente sob orientação médica, o que pode ter sido reforçado no contexto de crescimento do conservadorismo no País. Ao final dessa década, a chegada da nova pandemia da Covid-19, em 2020, já encontrou um contexto fragilizado de respostas à Aids e teve grande impacto flagrante sobre ele.

⁷ O termo "rebiomedicalização" implica a renovação ou intensificação do papel da biomedicina em contextos onde as dinâmicas sociais e políticas redefinem os objetivos e as práticas de saúde. Ele é frequentemente usado em estudos críticos de saúde pública para analisar como questões sociais complexas são traduzidas em soluções biomédicas (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

À vista disso, tem-se que, entre os anos 2000 e 2010, surgem novas tecnologias que visam prevenir o HIV/aids com base na utilização de intervenções biomédicas, tais como o Tratamento como Prevenção (TcP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a PrEP, entre outras. Essas inovações do campo da prevenção despontam no cenário mundial por volta de 2005 e seguem sendo desenvolvidas até os anos de 2010 ou 2011, significando para o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids uma revolução em termos do pensamento acerca do sexo seguro, que antes, nas primeiras duas décadas de epidemia de aids, enfatizava, além de outras possibilidades, o uso de preservativos como uma das barreiras mais eficazes contra a transmissão da doença. Considerando essas novas vertentes de prevenção, ao próprio preservativo foi conferida uma certa natureza de intervenção biomédica (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Calazans, Parker e Terto Júnior (2022) declaram que a ascensão da prevenção baseada na utilização de medicamentos antirretrovirais, verificada no interstício compreendido entre o final da década de 2000 e o início da de 2010, foi acompanhada de uma queda no engajamento político das campanhas preventivas, gerando um alerta para as coalizões de defesa envolvidas nas frentes de combate ao HIV/aids. Exemplo disso foi a atuação pioneira do Unaid, o qual recorreu à elaboração e divulgação de textos informativos a fim de visibilizar um novo tipo de prevenção que tinha, na combinação entre diferentes métodos, a alternativa mais indicada para uma efetiva prevenção ao HIV/aids. Assim sendo, na passagem entre os anos 2000 e 2010, de acordo com Calazans, Parker e Terto Júnior (2022, p. 215), houve uma “[...] apreensão diante da ênfase dada à prevenção biomédica e ao reconhecimento da necessidade de frear esse processo para não perder a relevância das outras formas de prevenção”.

No que concerne à PrEP, esta constitui-se de uma associação medicamentosa que reúne os antirretrovirais Tenofovir (TDF) e Emtricitabina (FTC) em concentrações de 300 e 200 mg, respectivamente. Essa composição, também conhecida como Truvada®, ao ser ingerida diariamente na dose de 1 comprimido, confere alta proteção contra a infecção pelo HIV unicamente em indivíduos que não vivem com o vírus, devendo, portanto, ser utilizada em seu esquema padrão por, no mínimo, 7 ou 20 dias antes das relações sexuais de risco, em casos de contatos anais e vaginais, respectivamente (Brasil, 2018). Alternativamente, a PrEP também pode ser utilizada seguindo-se o esquema sob demanda, no qual o indivíduo faz a ingestão da medicação preventiva apenas de modo pontual, ou seja, quando há frequência reduzida e maior controle das exposições sexuais semanais (Brasil, 2022).

No Brasil, a disponibilização de PrEP como um programa público de prevenção ao

HIV/aids, ao nível de SUS, inaugura-se, conforme já salientado, por meio da Portaria n. 21, de 25 de maio de 2017. Já a sua institucionalização ocorreu mediante a Portaria n. 22, de 25 de maio de 2017, a qual aprovou o PCDT-PrEP, documento orientador que contém as normas referentes a disponibilização e uso da PrEP (Brasil, 2017a). A oferta de PrEP pelo SUS teve início, de forma gradual, no final do ano de 2017. É na vigência do governo do presidente Michel Temer que, portanto, o programa de PrEP é concebido oficialmente.

Durante o mandato de Michel Temer, o Brasil viveu um período de instabilidade envolto por crises políticas e econômicas. Ao tornar-se presidente no ano de 2016, após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, Temer priorizou a implementação de políticas neoliberais, promovendo, assim, uma inflexão da agenda pública, tensionada pela redução do papel do Estado e pelo corte dos gastos públicos. Nesse sentido, o governo Temer buscou pôr em prática reformas que mostrassem uma mudança de rumo em relação aos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) (Carneiro; Brasil, 2021).

O projeto de reforma do Estado efetivado pelo governo Temer teve implicações importantes para as políticas públicas, especialmente para as da área da saúde. Uma das medidas fiscais mais drásticas foi o estabelecimento de um limite para as despesas de capital do governo, instituída pela Emenda à Constituição (EC) n. 55, de 15 de dezembro de 2016, que resultara da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 241, de 15 de junho de 2016, intitulada PEC do teto de gastos. A EC n. 55 fez com que os investimentos em infraestrutura e a manutenção de políticas sociais, incluindo as centradas na saúde, tivessem seu crescimento legalmente limitado a um teto de gastos por 20 anos. Este dispositivo legal criou, então, um ambiente bastante hostil para o adequado financiamento público das políticas sociais ao vincular o aumento dos gastos públicos à variação da inflação (Carneiro; Brasil, 2021).

Para a saúde pública, principalmente se considerarmos o cenário envolvendo o HIV/aids, a EC n. 55 representou um grande dano, pois, como destacado por Cueto e Lopes (2023, p. 139), “já sucateado, com poucos médicos, o SUS – encarregado de assistir pacientes vivendo com HIV/aids –, sofreu com a PEC e com a flexibilização do orçamento mínimo para a saúde, obrigatório a estados e municípios”.

Cueto e Lopes (2023, p. 18 e seg.) argumentam ainda que a EC n. 55 desencadeou como efeito desastroso

[...] o colapso da crença, de longa data, de que programas de controle da aids poderiam, simultaneamente, ajudar a controlar a doença e a construir melhores sistemas de saúde; isso, em síntese, levou ao fim do lugar especial que as políticas de enfrentamento da enfermidade tinham no Brasil. [...] provocou deficiências e disparidades na testagem de HIV, atrasos nos tratamentos e interrupções na cadeia de

fornecimento de remédios. O acesso aos medicamentos tornou-se segmentado, o que configurou mais um problema.

Desde o período de transição, o governo Temer demonstrou sua vontade de reorganizar as instituições estatais do país, desejo este que se concretizou através da Medida Provisória (MPV) n. 726, de 12 de maio de 2016 e, subsequentemente, da Lei n. 13.341, de 29 de setembro de 2016. A fusão entre os Ministérios da Justiça, da Mulher, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos afirmou a intenção do governo de limitar as políticas públicas transversais, afetando setores como a segurança alimentar e de atenção e desenvolvimento da população rural (Carneiro; Brasil, 2021).

Outra faceta da política de reestruturação estatal empreendida por Temer emergiu da reforma trabalhista constante do Projeto de Lei (PL) n. 6.787, de 23 de dezembro de 2016, posteriormente aprovado pela Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017, que objetivou limitar a intervenção do Estado sobre o mercado de trabalho, flexibilizando jornadas e salários, permitindo a terceirização dos postos de trabalho sem quaisquer restrições, autorizando a demissão coletiva de trabalhadores na ausência de acordo prévio com as respectivas entidades de representação, além de introduzir a forma de trabalho intermitente. As mudanças no mundo do trabalho aumentaram a insegurança trabalhista em função do incremento do trabalho sem registro em carteira e do trabalho autônomo, o que levou a uma diminuição da proporção de empregos formais em ocupações produtivas (Carneiro; Brasil, 2021).

Estas mudanças internalizaram no Estado a tendência ao desmantelamento de suas capacidades técnicas, administrativas e relacionais, perfilhando, assim, o desmonte das políticas públicas (Carneiro; Brasil, 2021). Esse desmantelamento ficou bem aparente quando, em relação ao mercado farmacêutico,

O governo Temer também destruiu o sistema autônomo para a regulamentação de medicamentos, impondo que o gerenciamento da Anvisa sobre aplicações de novas patentes não era mais obrigatório e que a agência devia se limitar a verificar se novas aplicações de produtos biológicos continham substâncias proibidas no Brasil (Cueto; Lopes, 2023, p. 140).

Quanto às políticas públicas de enfrentamento ao HIV/aids, a sanha reformadora de Temer conseguiu estreitar o acesso à Tarv no Brasil, incentivando, de modo intencional, a defasagem do arsenal terapêutico disponível para o tratamento da doença, o que se traduziu em grandes desafios para essa área. O não investimento por parte do governo na compra de medicações mais modernas limitou o SUS ao fornecimento de drogas de menor valor de

mercado e maior toxicidade, resultando em um acesso desigual que impediu a população de baixa renda de usufruir de medicamentos de melhor qualidade, em geral mais caros e sob domínio de patentes. Na gestão de Temer, o MS anunciou medidas que transitavam desde a satisfação dos interesses das empresas ligadas aos planos de assistência à saúde suplementar e à indústria farmacêutica até a dispensa de médicos cubanos pertencentes ao Programa Mais Médicos. O próprio Ministro da Saúde, Ricardo Barros, chegou a admitir que o direito constitucional de acesso universal à saúde não se sustentaria por muito tempo, consideradas as possibilidades do governo Temer (Cueto; Lopes, 2023).

O desinteresse manifestado tanto pelo Presidente Michel Temer quanto pelo Ministro da Saúde Ricardo Barros em combater efetivamente a epidemia de aids e continuar posicionando o Brasil como um protagonista na luta global contra a doença expressou uma conduta governamental de negligência em relação aos princípios da integridade e gratuidade do SUS, o que findou abalando os pilares de sustentação dos programas de prevenção e tratamento do HIV/aids em execução no Brasil (Cueto; Lopes, 2023).

Em maio de 2016, Barros chegou a proibir a participação de Fábio Mesquita, diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do MS, no Encontro de Alto Nível das Nações Unidas em HIV/Aids em junho, em Nova York. Mesquita pediu demissão do cargo e fez duras críticas ao governo e ao ministro. Pouco depois, o presidente Michel Temer zerou as verbas federais para programas específicos de defesa da comunidade LGBT, promovidos por vários ministérios historicamente vinculados à luta contra a homofobia e a aids (Cueto; Lopes, 2023, p. 140).

Continuando nesse mesmo caminho, o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI), por exemplo, criado pela Medida Provisória (MPV) n. 727, de 12 de maio de 2016, surgiu como uma estratégia fiscal de transferência de bens públicos para o setor privado, sob o pretexto da arrecadação de recursos e da promoção do ajuste fiscal, acarretando não só a redução da participação do Estado em áreas estratégicas, como também a transferência de ativos para investidores estrangeiros, programa este que demonstrou a intencionalidade de Temer de encaminhar sua gestão no sentido da privatização (Carneiro; Brasil, 2021).

No que diz respeito à seguridade social, a PEC n. 287, de 5 de dezembro de 2016, pretendia materializar uma reforma que idealizava economizar cerca de R\$ 800 bilhões em um período de dez anos e, ao mesmo tempo, enfrentar supostos problemas de sustentabilidade fiscal, amparando-se, para isso, na estipulação de uma idade mínima para o requerimento de aposentadoria, em substituição aos regimes previdenciários contributivos, bem como na constrição do acesso aos benefícios da previdência, atingindo principalmente idosos sem fonte de renda para provimento do próprio sustento. A PEC n. 287, contudo, foi alvo de

oposição na Câmara dos Deputados, o que culminou, então, em sua não aprovação. Essa situação revelou as fragilidades do governo Temer em manter sua governabilidade perante um ambiente político não favorável (Carneiro; Brasil, 2021).

Embora tenham impactado áreas vitais, os planos de reforma econômica do governo Temer não conseguiram frear o movimento de estagnação econômica observado nos anos de 2017 e 2018. Por outro lado, as contas públicas continuaram em situação de desequilíbrio financeiro, demonstrando o insucesso das medidas de arrocho fiscal. O resultado da tática neoliberalizante engendrada por Temer para gerir o país afetou, de forma mais incisiva, justamente a esfera social, de forma que restaram comprometidas importantes conquistas como a diminuição da pobreza, da miséria e das desigualdades sociais, indo na contramão das políticas de crescimento socialmente inclusivas adotadas pelos governos do PT. Referentemente a essa conjuntura, estados e municípios amargaram prejuízos no financiamento de suas despesas e em sua capacidade de investimento (Carneiro; Brasil, 2021).

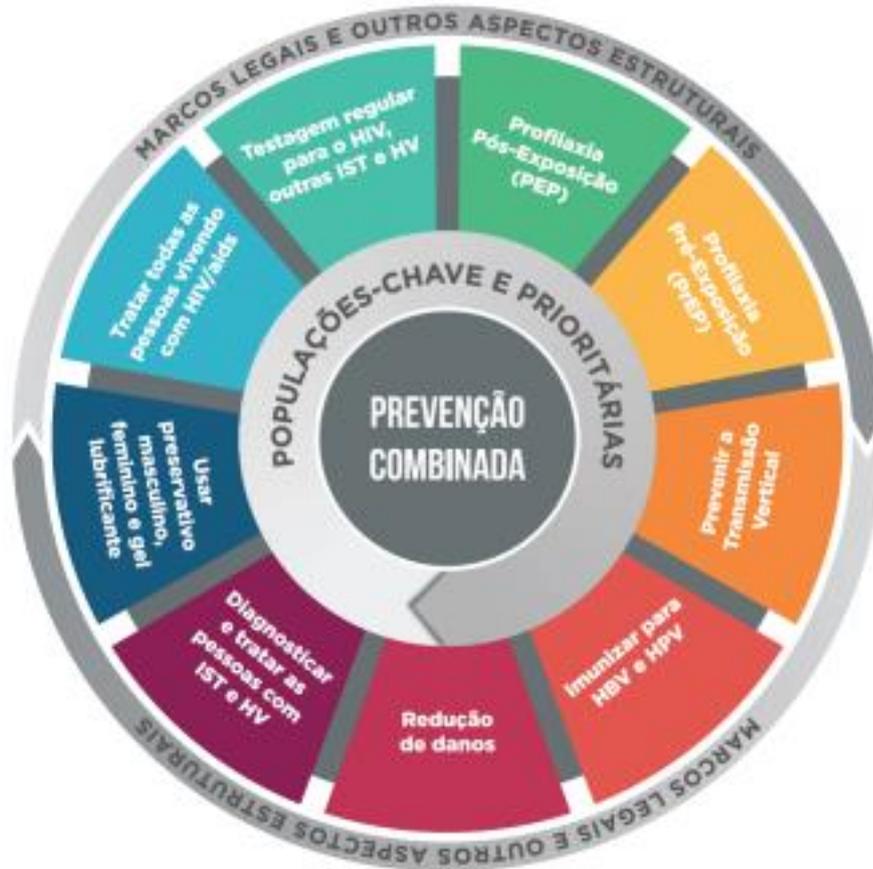
Além disso, é notória a tendência à desconstrução de arranjos de participação e de relacionamento anteriormente acordados entre Estado e sociedade, evidenciada pela imposição de restrições ao funcionamento dos conselhos nacionais no período. Esse movimento de dissolução da participação social iniciado por Temer no interior do Estado converge, posteriormente, para um grau mais acentuado (Carneiro; Brasil, 2021), pois, segundo Carneiro e Brasil (2021, p. 29), “para além de tais processos que apontam para um possível esvaziamento das instituições participativas, as iniciativas no governo seguinte apontam para o desmantelamento da arquitetura participativa construída nas décadas anteriores”.

Apesar das medidas de austeridade fiscal e revisões em programas sociais operadas durante o governo Temer, a implementação da PrEP no SUS avançou no período desse governo, momento em que houve uma interação entre limitações econômicas e esforços direcionados à ampliação de estratégias de prevenção, refletindo um cenário contraditório em que avanços na saúde pública brasileira coexistiam com restrições de ordem orçamentária.

A PrEP surge, então, como uma nova ferramenta que vem a complementar a chamada “Prevenção Combinada”, a qual consiste de uma combinação de diferentes recursos preventivos, disponíveis no campo das ISTs e do HIV/aids, voltados à minimização dos riscos de contaminação pelo HIV. Fazem parte da Prevenção Combinada, além da PrEP, a PEP, o pré-natal para gestantes que vivem com HIV/aids, a redução de danos para uso de drogas, o TcP, a testagem periódica do HIV, a testagem e o tratamento de outras ISTs, o uso de preservativo feminino, masculino (Brasil, 2018; Conitec, 2017) e gel lubrificante, bem como a vacinação para hepatite B e HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) (Brasil, 2022c). A Figura

1, a seguir, ilustra a mandala da prevenção combinada, que congrega as várias possibilidades estratégicas para a prevenção ao HIV/aids.

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada.



Fonte: Brasil (2022c, p. 28)

A inclusão da PrEP no SUS resultou de uma grande luta encabeçada pela sociedade civil organizada que realizou uma campanha nacional a favor da aprovação e efetivação desta nova tecnologia na esfera pública de saúde do Brasil. Sua implantação como um programa preventivo ao HIV/aids tem origem na execução de pesquisas de cunho nacional sob a forma de projetos de demonstração, os quais ocorreram em diversas cidades e regiões brasileiras, contando com o apoio financeiro do MS desde 2013, e cujas metas principais foram possibilitar o conhecimento e promover uma avaliação dos níveis de aceitação da PrEP, assim como da viabilidade de construção de uma política de prevenção de maior porte (GIV, 2017; Terto Júnior; Raxach, 2018).

O pioneirismo na área dos estudos de avaliação da segurança e eficácia da PrEP oral junto à população de HSH coube à pesquisa clínica intitulada Iniciativa de Profilaxia Pré-

Exposição (iPrEX), a qual foi desenvolvida internacionalmente, tendo contado, inclusive, com a participação do Brasil por meio de parceria firmada com o Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids (LaPClin-Aids) do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz) (Fernandes, 2018).

No Brasil, o projeto iPrEX, por ter demonstrado a alta eficácia da PrEP oral entre HSH, abriu as portas para que o LaPClin-Aids, no ano de 2014, empreendesse um projeto conhecido como PrEP Brasil, realizado em grandes centros de pesquisa do Rio de Janeiro e São Paulo, que buscou avaliar os melhores modos de dispensação, exequibilidade e receptividade da PrEP de acordo com a experiência de voluntários pertencentes às subpopulações reconhecidamente em situação de maior vulnerabilidade ao HIV, como as dos HSH, mulheres transexuais e travestis, sendo que estas últimas não vinham sendo consideradas por outros estudos da época como parte das subpopulações sob alto risco de adquirir HIV, caracterizando, assim, o caráter inovador do PrEP Brasil (Fernandes, 2018).

O LaPClin-Aids também foi responsável pela elaboração da pesquisa *Transcender*, que, em 2015, analisou as condições para adoção e adesão à PrEP por mulheres transexuais e travestis do Rio de Janeiro, de acordo com o nível de conhecimento adquirido, dificuldades enfrentadas e disponibilidade para o uso da medicação. Este estudo tratou ainda de examinar a questão da acessibilidade das travestis aos serviços de saúde especializados, assim como de mensurar o número total de casos de infecção por HIV nestas comunidades (Fernandes, 2018).

Outra etapa que serviu como um importante ensaio rumo à implementação da PrEP no SUS processou-se através do desenvolvimento do Projeto Combina!, um estudo demonstrativo elaborado pela Universidade de São Paulo (USP) em 2015 com apoio financeiro do MS, que objetivou acompanhar e avaliar a performance das metodologias de prevenção integrantes da Prevenção Combinada, com ênfase na PrEP e na PEP, em termos de efetividade e adequação aos aspectos conjunturais da população brasileira e das redes públicas de assistência em saúde (Lindner, 2017).

Já o projeto PrEPParadas, iniciado em 2017 pelo LaPClin-Aids, focalizou principalmente no estudo do desempenho e do efeito da PrEP em mulheres transexuais e travestis, aliado à busca pelo reconhecimento das suas demandas básicas e à verificação da ocorrência de interação medicamentosa, nomeadamente aquela resultante da utilização concomitante de PrEP e dos hormônios sexuais feita por mulheres transexuais (Fernandes, 2018).

O estudo denominado Implementação da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (ImPrEP), desenvolvido em meados de fevereiro de 2018, a partir da participação conjunta do

LaPClin-Aids, MS e grandes centros de referência na pesquisa em HIV/aids localizados no México e Peru, foi fundamental no processo de implementação da PrEP, a nível de sistema público de saúde, em inúmeras capitais brasileiras, especialmente no tocante à atenção à saúde sexual de HSH e pessoas transgêneras. Este estudo teve, portanto, o propósito de introduzir e testar o uso da PrEP dentro do leque de possibilidades da Prevenção Combinada (Fernandes, 2018).

Juntamente a sua experiência prévia adquirida com a política de distribuição gratuita e universal de Tarv às PVHA, materializada na Lei n. 9.313/96 (Miranda, 2008), e com as diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids (Brasil, 1999b), o Brasil assumiu a dianteira da corrida em prol da redução da proliferação do HIV, pois foi o primeiro país latino-americano a legitimar a PrEP como política pública de saúde ao final do ano de 2017 (Brasil, 2017d; GIV, 2017; Monteiro; Andrade, 2019).

O fornecimento desta nova tecnologia preventiva às populações sob risco aumentado de contrair o HIV tem sido preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o ano de 2012. Antes mesmo do Brasil iniciar a sua oferta no SUS, a PrEP já vinha sendo vendida no mercado comercial de medicamentos em países como Bélgica, Canadá, Escócia, Estados Unidos e Peru, enquanto em outros, como África do Sul e França, a sua adoção pelas respectivas redes públicas de saúde também já era uma realidade em curso (Brasil, 2017d; GIV, 2017; Monteiro; Andrade, 2019).

Destaca-se que, para fazer jus à PrEP, é necessário que o candidato atenda a critérios específicos relacionados a comportamentos sexuais de alto risco e a demais contextos de vida que determinam uma maior vulnerabilidade. Toda a triagem inicial e seguimento dos usuários são realizados de acordo com o PCDT-PrEP e mediados por profissionais de saúde (Brasil, 2018, 2022c).

A PrEP não deve ser utilizada de forma isolada, pois as metodologias preventivas disponíveis não são capazes, por si só, de neutralizar totalmente a infecção pelo HIV, sendo imprescindível, para tanto, a combinação com outras formas de prevenção, em consonância com a realidade de cada pessoa e sua liberdade de escolha, a qual deve ser isenta de direcionamentos por parte dos profissionais de saúde que possam induzir à escolha de um método ou outro (Brasil, 2018, 2022c).

Com base no atual panorama da epidemia de aids no Brasil, uma maior taxa de transmissão do HIV certamente seria verificada, caso a PrEP não estivesse à disposição das pessoas como alternativa aos métodos preventivos tradicionais, e, com isso, haveria também uma tendência maior ao desenvolvimento de resistência à Tarv da ordem de 5 a 20% por ano.

Portanto, uma política pública de saúde de PrEP é de fundamental importância para que a incidência de aids seja atenuada junto aos grupos mais suscetíveis ao contágio pela doença (Conitec, 2017).

Nesse sentido, a PrEP demonstra ser ainda uma estratégia altamente custo-efetiva para as populações em situação de vulnerabilidade ao HIV/aids, pois, além de ser economicamente bastante viável, uma vez que permite a redução dos gastos em saúde com o tratamento vitalício de combate ao vírus já instalado, age prolongando a expectativa de vida dos usuários (Conitec, 2017).

O programa de PrEP foi implementado no Brasil no âmbito do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids como um desdobramento que responde ao objetivo específico do subcomponente intitulado *Prevenção*, pertencente ao componente *Promoção, Proteção e Prevenção*, o qual determina o “estabelecimento de políticas de prevenção em nível nacional, contemplando a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade para as DST/HIV/aids” (Brasil, 1999b, p. 19).

O subcomponente *Prevenção* compreende as seguintes diretrizes e estratégias:

Diretrizes: as mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco; o estabelecimento de modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à tomada de consciência em relação a sua situação de vulnerabilidade e risco, levando-se em conta os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos; o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em peer education e outreach work (trabalho em pares e agentes comunitários de saúde), relevando as mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação as DST/aids; o fortalecimento de redes sociais, com objetivo de atingir as ações de promoção e prevenção à saúde que dêem suporte social aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia; o desenvolvimento de parcerias com organizações não-governamentais, associações comunitárias e de classe, ampliando-se as ações de prevenção e a resposta ampliada à infecção pelo HIV; a criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor empresarial e de outros agentes sociais na luta contra a aids. **Estratégias:** campanhas de massa, por intermédio da mídia impressa e eletrônica, e intervenções educativas trabalhando atitudes e valores relacionados à auto-estima – e à conscientização sobre o risco – da população. Esses trabalhos de intervenção consideram aspectos culturais, situações particulares do cotidiano da população e características regionais, além de se articularem internamente com as atividades-meio do componente de promoção à saúde; apoio a projetos de intervenção comportamental e elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir os diferentes grupos sociais, estimulando-os a adotar práticas mais seguras que reduzam a transmissão do HIV/aids; apoio às iniciativas comunitárias na criação e manutenção de ambientes favoráveis à redução da vulnerabilidade e do risco de infecção pelo HIV; desenvolvimento de parcerias com o setor empresarial, estimulando ações integradas com os órgãos governamentais conveniados, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal; estímulo à demanda e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção, como os preservativos e seringas descartáveis; capacitação de recursos humanos para formação de agentes multiplicadores de informação sobre as DST e o HIV/aids (Brasil, 1999b, p. 19-20).

Remetendo à questão de promoção do acesso a dispositivos de prevenção, definida como estratégia básica do subcomponente *Prevenção* do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, o PDCDT-PrEP preconiza que o acesso à PrEP seja expandido de maneira tal que assegure a plena acolhida das populações vulneráveis ao HIV/aids nas instituições de saúde com base na equidade e na qualidade do atendimento enquanto manifestações do direito constitucional à saúde. A fim de permitir a dilatação do acesso à PrEP a todos que dela necessitem, o PCDT-PrEP respalda a prescrição desta estratégia por profissionais médicos, tanto no SUS quanto na rede de assistência à saúde particular, e por profissionais não médicos, neste caso estendendo tal prerrogativa aos enfermeiros legalmente habilitados e atuantes no SUS (Brasil, 2022c).

Apesar de considerar que gays, HSH, pessoas transgênero, trabalhadores do sexo e casais sorodiferentes para o HIV são populações que reúnem o maior número de casos de infecção por HIV/aids no Brasil, o que as tornam, atualmente, protagonistas da realidade epidemiológica da aids no país, o PCDT-PrEP estabelece que o risco aumentado para a infecção pelo HIV/aids vai além da simples categorização de um indivíduo em um grupo populacional específico. Esse risco deve ser avaliado em função de nuances como a natureza das práticas e parcerias sexuais, determinantes sociais e circunstâncias específicas que predisponham à infecção pelo HIV. Nesse sentido, o PCDT-PrEP recomenda a utilização de PrEP por todas as pessoas, com 15 anos ou mais e pesando, no mínimo, 35kg, que tenham vida sexual ativa e estejam expostas com maior frequência ao risco de contrair o HIV (Brasil, 2022c).

Em relação às nuances que depõem a favor da suscetibilidade de um indivíduo ao HIV e que, portanto, merecem atenção especial para avaliar a sua elegibilidade à PrEP, Brasil (2022c, p. 30) cita como exemplos a

Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; Frequência de relações sexuais com parcerias eventuais; Quantidade e diversidade de parcerias sexuais; Histórico de episódios de IST; Busca repetida por PEP; Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.; Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas (metanfetaminas, gama-hidroxitubirato – GHB, MDMA, cocaína, poppers) com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais.

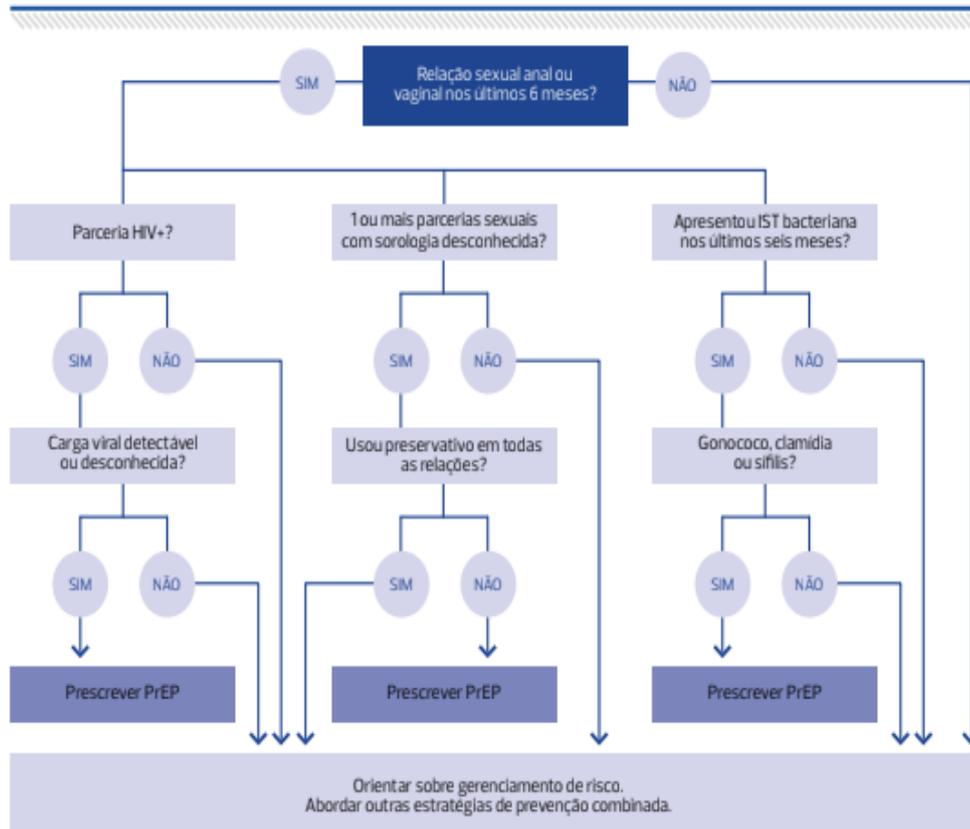
A participação de um indivíduo no programa de PrEP está atrelada inicialmente à avaliação de suas condições clínicas e laboratoriais. Essa primeira avaliação é uma etapa fundamental para determinar a elegibilidade e a segurança do uso da PrEP por potenciais candidatos. O PCDT-PrEP destaca que esta etapa é reservada ao estímulo do entendimento do candidato sobre a PrEP e ao raciocínio crítico quanto a sua motivação para adesão à estratégia, tendo em vista os riscos aos quais está submetido. Na consulta inicial, a disposição do candidato

à adesão à PrEP deve ser avaliada pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento (Brasil, 2022c) porquanto a “efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada ao grau de adesão à profilaxia. O uso diário e regular do medicamento é fundamental para a proteção contra o HIV” (Brasil, 2022c, p. 14).

Para que se avalie a adequação do candidato à PrEP aos critérios de elegibilidade, é necessário que se desenvolva uma relação terapêutica em que tanto o profissional de saúde quanto o usuário acreditem um no outro mutuamente de modo que, a partir da construção dessa relação, seja possível ao profissional de saúde analisar o grau de comprometimento do candidato em aderir e manter o uso da PrEP, além de verificar os riscos e as vulnerabilidades que interferem no cotidiano sexual do candidato (Brasil, 2022c).

Além destes aspectos, a avaliação inicial do candidato ao uso da PrEP requer a realização de testagem para HIV e a exclusão de infecção viral aguda para garantir que o usuário possa iniciar a profilaxia sem a presença de infecção pelo vírus. Procedimentos como a verificação do uso recorrente de PEP, a detecção e tratamento precoce das ISTs, a detecção de hepatites virais, a prescrição de vacinas para hepatite B, a investigação das condições renais e averiguação de história pregressa de desmineralização óssea também fazem parte dessa etapa, complementando a avaliação e atestando a aptidão clínica do candidato ao início da PrEP. Dessa forma, em caso de teste reagente para HIV e de dosagem sérica de creatinina inferior a 60 mL/min, ao candidato é vedada a participação no programa de PrEP (Brasil, 2022c). A Figura 2, a seguir, representa um fluxograma que mostra os critérios de avaliação da indicação de PrEP em adultos sexualmente ativos.

Figura 2 – Fluxograma para avaliação de indicação de PrEP em adultos sexualmente ativos.



Fonte: Brasil (2022c, p. 17).

O PCDT-PrEP dispõe que, no decurso do atendimento em PrEP, a gerência do risco de exposição ao HIV deve ser exercida pelo próprio usuário de PrEP, com o apoio do profissional de saúde, cuja função é prestar informações de maneira individualizada, para o que se faz imprescindível considerar o estilo de vida sexual de cada um, com vistas à escolha da melhor opção de prevenção ao HIV pelo indivíduo. A construção da gerência do risco ao HIV se dá, portanto, por meio de um diálogo sensível a questões de ordem pessoal que englobem o estilo de vida sexual, o contato prévio com as demais opções de prevenção ao HIV e fatores condicionantes de vulnerabilidade ao HIV/aids apresentados pelo usuário (Brasil, 2022c).

As instituições de saúde devem ter como padrão a ser perseguido em seus cotidianos o estabelecimento de um diálogo, em ambiente adequado, entre profissionais e usuários, que seja permeado por escuta ativa e livre de preconceitos e julgamentos morais, ou seja, adotando-se uma postura institucional e profissional de atenção e respeito para com os usuários. Isso se justifica na medida em que a promoção desse diálogo entre as partes envolvidas nas relações terapêuticas de prevenção ao HIV/aids atua não apenas abrindo caminhos para uma maior

adesão às opções tecnológicas de prevenção ofertadas pelo SUS, mas ainda permitindo o aprofundamento da compreensão acerca das práticas sexuais, das histórias de vida e das perspectivas individuais dos sujeitos, a partir do fortalecimento da relação de vinculação entre os profissionais de saúde e os usuários (Brasil, 2022c).

Assim, conforme apregoa o PCDT-PrEP, a gerência do risco ao HIV/aids deve se fundamentar na noção de autonomia do sujeito, reconhecendo a capacidade deste de tomar decisões devidamente informadas, conscientes e condizentes com as suas necessidades pessoais que visem ao afastamento do risco de contágio pelo HIV. Dada a fluidez das representações individuais tecidas sobre os riscos de transmissão do HIV, as quais mudam ao longo da trajetória de vida das pessoas, torna-se essencial a um aconselhamento em PrEP focado nas singularidades dos usuários que os profissionais de saúde saibam identificar e acompanhar esses momentos de transição (Brasil, 2022c).

O manual de apoio à organização dos serviços para a oferta de PrEP no SUS cita que o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids reconhece que a prevenção ao HIV/aids não pode estar restrita à utilização de apenas um único meio de prevenção, uma vez que o risco de transmissão atravessa os indivíduos a partir das distintas dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas que os constroem. Com isso, no momento da discussão a respeito das possibilidades preventivas, os profissionais de saúde devem atentar-se a não hierarquização da oferta de insumos de prevenção aos usuários a fim de garantir a equidade nas escolhas destes (Brasil, 2017d).

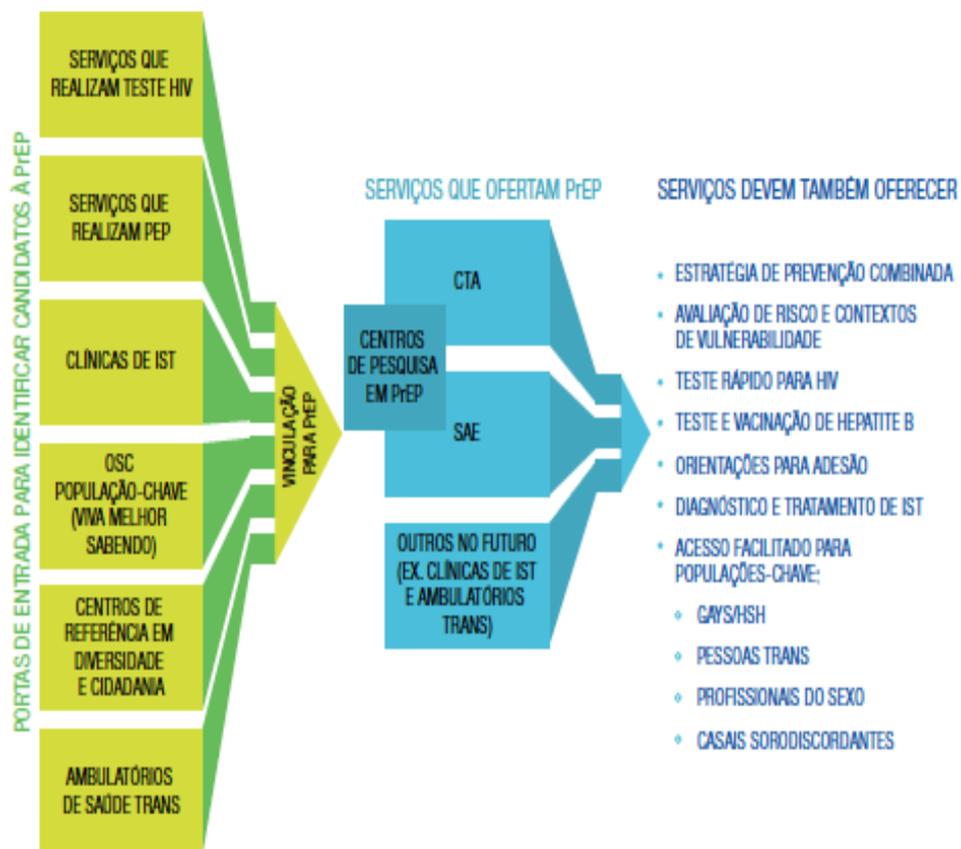
Sugere-se que o profissional de saúde realize a mediação das escolhas do usuário desconstruindo prováveis estigmas e preconceitos existentes acerca da PrEP, os quais, muitas vezes, retratam atitudes discriminatórias manifestadas em razão do HIV/aids. Logo, o combate a quaisquer tipos de estigmas e preconceitos no ambiente institucional de saúde deve fazer parte do dia a dia profissional dos agentes públicos envolvidos no programa de PrEP, visto que tal postura tende a contribuir para a equidade no acesso à saúde, facilitando o exercício desse direito constitucional por populações marginalizadas, frequentemente em situação de vulnerabilidade e risco ao HIV/aids (Brasil, 2017d).

Brasil (2017d, p. 35) menciona que a “incompatibilidade de horário dos serviços com as atividades cotidianas dos(as) usuários(as); falta de hábito de procurar cuidados preventivos; preconceito e estigma [...]; inadequação dos serviços e despreparo dos profissionais de saúde para atender às suas demandas e necessidades [...]” são exemplos de alguns motivos que fazem com que os serviços de saúde sejam eventualmente subutilizados pelos candidatos à PrEP. Nessa perspectiva, o autor ressalta que tanto a estruturação das

instituições de saúde quanto a capacitação técnica de seus profissionais podem funcionar como importantes canais de desobstrução do acesso e de vinculação aos serviços de PrEP, particularmente em contextos que interferem na assiduidade da procura de assistência à saúde pelo público-alvo.

Brasil (2017d) relata ainda que a promoção do acesso à saúde pelas instituições que implementam o programa de PrEP passa também pela constituição de parcerias com outras entidades e serviços, como unidades de saúde especializada, organizações da sociedade civil e grupos comunitários, de modo a expandir a abrangência da oferta da estratégia e, conseqüentemente, a cobertura do público-alvo. Essa integração, conforme representada na Figura 3, a seguir, permite uma melhor coordenação do cuidado em saúde sexual, assim como favorece a captação e o encaminhamento de pessoas interessadas em participar do programa de PrEP (Brasil, 2017d).

Figura 3 – Articulação da rede de serviços e instituições para a oferta de PrEP.



Fonte: Brasil (2017d, p. 57).

O estabelecimento de vinculação com os usuários é algo que deve ser perseguido pelos serviços de saúde, mesmo em casos excepcionais, como no atendimento de

intercorrências por ISTs, competindo ao aconselhamento profissional a ênfase no cumprimento da agenda de consultas e o emprego de estratégias que facilitem a permanência dos usuários na instituição, sem, contudo, imputar sanções aos usuários pelo não cumprimento da rotina de acompanhamento. Assim, a vinculação entre usuários e instituição de saúde é condição *sine qua non* para o rompimento da cadeia de fatores que vulnerabilizam determinadas populações ao HIV/aids (Brasil, 2017d).

De acordo com o PCDT-PrEP, satisfeitos os critérios de elegibilidade, o candidato é admitido no programa de PrEP e dá início a um acompanhamento clínico e laboratorial, o qual inclui um conjunto de avaliações e atividades específicas. Esse acompanhamento deve ser realizado trimestralmente, sendo que o ideal é que se proceda a uma avaliação decorridos 30 dias do início do tratamento, com o objetivo de se monitorar a adesão ao medicamento e seus possíveis eventos adversos. Após essa avaliação, o acompanhamento e a dispensação da medicação podem ocorrer de três em três meses (Brasil, 2022c). O Quadro 1, a seguir, mostra a rotina de acompanhamento clínico e laboratorial no âmbito do programa de PrEP.

Quadro 1 – Seguimento clínico e laboratorial de pessoas em uso de PrEP.

(continua)

Avaliações		Periodicidade
Avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda		Trimestral (toda consulta de PrEP)
Peso do paciente (em quilogramas)		Trimestral
Avaliação de eventos adversos à PrEP		Trimestral
Avaliação da adesão		Trimestral
Avaliação de exposições de risco		Trimestral
Dispensação de ARV após a prescrição		Trimestral
Avaliação da continuidade de PrEP		Trimestral
Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Sorologia ou teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma	Após um mês do início da PrEP e, a seguir, trimestral (toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex.: teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou TRUST)	Trimestral
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex.: biologia molecular)	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)

(conclusão)

Exames	Método	Periodicidade
Teste para hepatite B	(ex.: TR) e anti-HBs	Anual, conforme avaliação inicial
Teste para hepatite C	Pesquisa de anti-HCV (ex.: TR)	Trimestral, conforme avaliação inicial
Monitoramento da função renal	<i>Clearance</i> de creatinina e dosagem de creatinina sérica	Anual ou semestral, em caso de comorbidades
Teste de gravidez		Trimestral (ou quando necessário)

Fonte: Brasil (2022c, p. 37).

O alcance de resultados no programa de PrEP depende, em grande parte, de uma boa adesão do usuário à medicação antirretroviral. A adesão, por sua vez, dentre outros intervenientes, é influenciada pela carga de conhecimento adquirido previamente pelo usuário a respeito da PrEP (Brasil, 2017d). Brasil (2022c, p. 38-39) considera que adesão à PrEP:

[...] é fundamental para que a PrEP seja efetiva e eficaz. A adesão deve ser abordada em todas as consultas e dispensações de medicamentos, a partir de uma via de comunicação simples e aberta. Os seguintes pontos devem ser considerados: Avaliação da adesão da pessoa em uso da PrEP à tomada do medicamento e às demais medidas de prevenção da infecção pelo HIV; Identificação de barreiras e facilitadores da adesão, evitando julgamentos ou juízos de valor; Reforço da relação entre boa adesão e efetividade da PrEP; Identificação das melhores estratégias para garantir a adesão, como associar a tomada do medicamento a eventos que fazem parte da rotina diária do indivíduo; Esclarecimento ao paciente de que não existe rigidez de horário e de que ele deve utilizar o medicamento assim que lembrar, além da identificação de possíveis mecanismos de alerta para a tomada do medicamento. Despertadores e aplicativos com ferramentas de gestão do tempo podem ajudar alguns usuários; Utilização de dados da farmácia ou do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) para avaliar o histórico de dispensação do medicamento no período entre as consultas e contagem de comprimidos a cada dispensação; Avaliação e manejo de eventos adversos.

Além da avaliação de caráter biológico, o usuário também deve ser submetido, durante todo o seu trajeto no programa de PrEP, a um acompanhamento comportamental e social através de uma equipe de saúde composta por profissionais de múltiplas áreas, os quais são responsáveis pela fusão de práticas e saberes distintos que têm por objetivo a implementação de um cuidado preventivo em HIV/aids integral e, simultaneamente, centrado nas especificidades dos usuários (Brasil, 2017d).

Segundo Brasil (2017d, p. 61), “[...] médico(a), profissional de enfermagem, farmacêutico(a) e aconselhador(a) (psicólogo, assistente social e/ou educador de pares)” são os profissionais que deverão integrar a equipe multidisciplinar de saúde para atendimento no programa de PrEP. A organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar pode

variar conforme as características próprias da instituição e dos profissionais envolvidos na implementação do programa de PrEP, em face da não exclusividade de algumas atividades do PCDT-PrEP a uma única categoria profissional. Apesar disso, é necessário que a equipe multidisciplinar faça um planejamento de todo o acompanhamento do usuário no programa, especificando o limite de atuação de cada profissional durante a rotina de cuidado, a fim de impedir que haja abordagens repetitivas no atendimento e de otimizar o tempo dedicado pelo usuário à instituição (Brasil, 2017d).

Para tanto, os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde precisam estar alinhados aos objetivos do programa de PrEP, prezando pela efetivação dos eixos que estruturam o respectivo protocolo de cuidado, bem como desempenhar suas funções sem a observância de marcadores hierárquicos, à guisa de transdisciplinaridade. Além da prestação de cuidados disciplinados pelos princípios organizativos da singularidade do atendimento, da autonomia do usuário e da gerência de riscos, é recomendável que os profissionais da equipe multidisciplinar que operam o programa de PrEP busquem dinamizar os procedimentos para o acolhimento dos usuários através da flexibilização da logística de atendimento, relativamente à reabsorção dos usuários faltosos e à disponibilização de vagas extras nas agendas de consultas (Brasil, 2017d).

O monitoramento da implementação do programa de PrEP nos serviços de saúde deve assentar-se em um processo contínuo de levantamento de dados dos usuários através de um conjunto de formulários de controle específicos, presentes no Siclom. O preenchimento destes instrumentos de coleta é de competência de todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, responsáveis pela implementação do programa na instituição, e deve ser realizado em cada etapa da cascata de cuidado ao usuário de PrEP. A institucionalização da coleta sistemática de informações em fichas de monitoramento pelos profissionais vai além de sua mera utilização como ferramenta de gestão clínica e laboratorial, funcionando também como fonte de registros de atendimentos e meio para a avaliação do próprio programa (Brasil, 2017d).

Adicionalmente, para o monitoramento de PrEP, sugere-se que a equipe se organize para gerar uma lista quinzenal com os nomes dos pacientes que não tenham retirado sua medicação no tempo devido, ou que tenham feito o último teste de HIV ou de creatinina há mais de cem dias. Esses marcadores poderão indicar baixa adesão à PrEP, perda ou falhas no seguimento. Pretende-se, com o preenchimento sistemático das fichas, informar os avanços, ajustes necessários e efeitos promovidos pela introdução da PrEP nos serviços do país (Brasil, 2017d, p. 69)

A nível nacional, o monitoramento da PrEP, como estratégia preventiva que se transmuta em política pública sob a égide do SUS, envolve a análise de um conjunto de indicadores que dizem respeito a dimensões importantes do processo de implementação da intervenção, quais sejam o perfil do usuário; práticas sexuais; eventos adversos; adesão; diagnóstico e soroconversão; abandono; IST; descontinuidade; rede de serviços, dispensações e usuários; e PEP (Brasil, 2019). O Quadro 2, a seguir, apresenta a matriz de indicadores para o monitoramento da implementação do programa de PrEP em todo o país.

Quadro 2 – Indicadores monitorados na análise da implantação da estratégia de PrEP.

(continua)

Dimensão	Indicador
Rede de serviços, dispensações e usuários	Quantidade de serviços selecionados que dispensaram PrEP no primeiro ano de implantação por Unidade Federada (UF)
	Quantidade de dispensações de PrEP por UF e por mês da dispensação
	Quantidade de pessoas que iniciaram PrEP por UF e por mês de início
	Quantidade de pessoas que estão em PrEP por UF
	Número total de pessoas em PrEP
Perfil do usuário	Número e proporção de pessoas em uso de PrEP segundo categoria de usuário
Práticas sexuais	Variação na quantidade de parceiros sexuais nos 3 meses anteriores ao primeiro e ao último atendimento
	Variação na frequência de uso de preservativo nos 3 meses anteriores ao primeiro e ao último atendimento
Eventos adversos	Proporção de usuários que iniciaram PrEP e reportaram eventos adversos nos primeiros 30 dias
	Proporção de usuários que iniciaram PrEP e reportaram eventos adversos persistentes nos primeiros 30 dias
	Proporção de usuários que iniciaram PrEP e reportaram eventos adversos no último atendimento
Adesão	Proporção de pessoas que iniciaram PrEP e reportaram, nos primeiros 30 dias e nos 30 dias anteriores ao último atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • Ter tomado todos os comprimidos • Ter esquecido de tomar de 1 a 4 comprimidos • Ter esquecido de tomar 5 ou mais comprimidos
	Variação na adesão (número de comprimidos que os usuários declararam ter deixado de tomar) no retorno de 30 dias e no último atendimento
	Número de pessoas que apresentaram teste rápido de HIV reagente no primeiro atendimento

(conclusão)

Dimensão	Indicador
Diagnóstico e soroconversão	Número de pessoas que apresentaram teste rápido de HIV reagente no retorno de 30 dias
	Número de pessoas que apresentaram teste rápido de HIV reagente no acompanhamento da PrEP
	Proporção de pessoas que estavam imunizadas para HBV no retorno de 30 dias
	Proporção de pessoas que apresentaram teste HbsAg reagente no retorno de 30 dias
	Proporção de pessoas que se soroconverteram para HCV durante o acompanhamento da PrEP
IST	Proporção de pessoas que reportaram sintomas de IST antes de iniciar PrEP
	Proporção de pessoas em PrEP que reportaram sintomas de IST no último atendimento de PrEP
	Proporção de pessoas com diagnóstico de sífilis no retorno de 30 dias
	Proporção de pessoas que adquiriram sífilis durante o uso de PrEP
Descontinuidade	<p>Proporção de pacientes que descontinuaram o uso da PrEP.</p> <p>Motivos de descontinuidade: teste de HIV reagente, alterações nos exames, baixa adesão ao medicamento, eventos adversos, suspeita de infecção viral aguda, decisão do usuário ou não retorno para atendimento na data prevista.</p> <p>Considera-se descontinuidade por não retorno para atendimento quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depois de uma dispensação de 30 dias o usuário não obtém nova dispensação após 42 dias (30 + 40% desse tempo = 30+12) • Depois de uma dispensação de 60 dias o usuário não obtém nova dispensação após 84 dias (60 + 40% desse tempo = 60+24) • Depois de uma dispensação de 90 dias o usuário não obtém nova dispensação após 126 dias (90 + 40% desse tempo = 90+36) • Depois de uma dispensação de 120 dias o usuário não obtém nova dispensação após 168 dias (120 + 40% desse tempo = 120+48)
PEP	Proporção de pessoas que procuraram PrEP e que foram encaminhadas para avaliação da indicação de profilaxia pós-exposição (PEP) antes do início da PrEP

Fonte: Brasil (2019, p. 10-11).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids seja escrutinado até atingir o nível da implementação do programa de PrEP no HUWC, põe-se indispensável que teorizações acerca de algumas dimensões temáticas que circundam o plano das políticas públicas em HIV/aids sejam visitadas e relacionadas principalmente ao campo da prevenção. Desse modo, levando em consideração os objetivos elencados na introdução, as dimensões consideradas prioritárias para o objeto deste estudo e que subsidiam a etapa de análise dos dados coletados são as que seguem abaixo explanadas.

3.1 Acesso à saúde

A origem do acesso à saúde remonta a um longo processo histórico de princípios culturais entre diferentes comunidades. A definição primitiva é que a saúde envolve o processo de cura, cujo intuito envolvia práticas dedicadas para manter a coletividade saudável. Como referência, pode-se contar a história da saúde no Egito antigo, onde existiam templos dedicados ao processo de cura, em que os sacerdotes médicos desenvolveram cuidados voltados tanto para o tratamento como para a prevenção de doenças. Embora estas práticas fossem limitadas de conhecimentos biológicos e médicos, refletiam um significado de preocupação com a manutenção da saúde individual e coletiva (Fiorini; Manso, 2021). Com o surgimento da aids, a manutenção da saúde coletiva, passa a ser considerada como uma preocupação a nível global em aliança a todos os sistemas políticos de saúde.

O conceito de saúde pode referir-se a quaisquer fenômenos ou entidades cientificamente relevantes. Nessa perspectiva, a saúde pode ser concebida como uma condição, um evento, um estado, um fato, uma situação ou um processo. Qualquer que seja a abordagem epistemológica adotada, a saúde, em sua forma fenomenológica, pode ser compreendida a partir da positividade de sua existência, bem como por seu referencial enquanto objeto de pesquisa (Almeida Filho, 2011).

A primeira compreensão do fenômeno saúde pode ser enquadrada de modo positivo ou negativo. Pelo viés positivo, saúde pode significar desempenho, funções, habilidades e percepções. Já pelo viés negativo, saúde significa, simplesmente, a ausência de doença, perigo, lesão ou dano. A segunda compreensão diz respeito ao plano existencial ou níveis de referência da saúde cujos fenômenos se dão nos âmbitos individual e coletivo (Almeida Filho, 2011).

Em relação à esfera coletiva, Almeida Filho (2011, p.29) destaca que: “[...] em âmbito coletivo ou agregado, conceitos de saúde têm sido postulados como estado, situação ou condição atribuída a grupos ou populações humanas, em espaços geográfica ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados”. Ainda de acordo com o autor, no que concerne ao plano de existência individual da saúde, seus conceitos são vistos principalmente sob o prisma fisiopatológico, especificamente denotando uma capacidade, estado ou condição individual localizada em um campo específico da ciência da biologia humana.

O conceito de saúde-doença tem sido do interesse de pensadores em nossa cultura desde o início da filosofia ocidental. Quase todos os filósofos clássicos abordaram questões de saúde em seus escritos. Não há dúvida de que a natureza da saúde é uma questão filosófica discutida há séculos. Para o filósofo alemão Hans-Georg Gadamer, a saúde, dada a sua natureza muito subjetiva, pessoal e particular, não pode ser considerada uma questão filosófica nem jamais ser reduzida a uma questão científica (Almeida Filho, 2011).

Outro filósofo da contemporaneidade, o francês Georges Canguilhem, por exemplo, discorda do pensamento de Hans-Georg Gadamer, ao defender a não exclusão da saúde como objeto do âmbito de investigação pela ciência. Georges Canguilhem avalia que a saúde ocorre na constituição genética, na história de vida do indivíduo e na relação deste com o ambiente, razão pela qual a ideia filosófica de saúde não se opõe à saúde enquanto objeto científico (Almeida Filho, 2011).

Sendo assim, ao mesmo tempo em que a saúde filosófica engloba a saúde pessoal, a saúde científica corresponde à saúde pública, isto é, uma saúde construída contra a noção de doença. Dessa forma, tem-se que a saúde filosófica inclui não apenas a saúde pessoal, como também seu complemento, o qual pode ser definido como saúde pública ou publicizada, em seu sentido politizado, nomenclatura esta que convencionou-se denominar no Brasil de saúde coletiva (Almeida Filho, 2011).

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido como “estado de ausência de doenças”; foi redefinido em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença (Cruz, 2009, p. 29).

Quanto ao Brasil, CF de 1988 reformulou a saúde e a consagrou como um direito universal. A saúde tornou-se uma obrigação constitucional para todos os poderes do governo, pois, anteriormente, era apenas de responsabilidade única e exclusiva do governo federal, sendo

vinculada aos sindicatos e relacionada aos trabalhadores segurados. O conceito de saúde foi alargado e associado à política social e econômica. A assistência em saúde passa a ser pensada de forma total, orientando-se para a prevenção e cura de morbidades. A governança participativa foi categorizada como uma grande e importante inovação por meio da descentralização e de um melhor direcionamento dos recursos financeiros em todos os âmbitos governamentais (Paulus Júnior; Cordoni Júnior, 2006).

A CF de 1988 introduziu então, no Brasil, as ideias de redução do risco a doenças e de outros agravos e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir da elevação desta ao patamar de direito de cidadania e de dever do Estado, ideias essas garantidas através de políticas de saúde organizadas pelo SUS (Brasil, [2023]).

Na Lei n. 8.080/90, integrante do rol de Leis Orgânicas da Saúde, consta que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990a, Art. 3).

Dito isso, tem-se que o princípio da universalidade do acesso à saúde no SUS é um dos elementos-chave mais importantes das políticas públicas de saúde no Brasil. Indo mais além, quando se olha o acesso à saúde pelas lentes da avaliação de políticas públicas, é perceptível que a sua compreensão não deve se isentar da análise de uma série de modelos e teorias que ajudam a explicá-lo, pois o acesso à saúde é concebido na literatura de diferentes ângulos, variando de acordo com a concepção de cada autor, o que faz dele um conceito complexo e que muda de sentido em função do tempo e da abordagem empregada (Cruz, 2006).

Travassos e Martins (2004) chamam a atenção para a diferenciação existente entre utilização de serviços de saúde e acesso, já que o acesso se enquadra apenas como um dos condicionantes da utilização de serviços de saúde, ao passo que este, por sua vez, adquire significação diversa, ao ser entendido a partir de sua capacidade de medição do nível de acesso a esses mesmos serviços de saúde.

Travassos e Martins (2004) asseveram que a razão de ser dos sistemas de saúde está alicerçada no uso dos serviços de saúde por eles ofertados, o que abarca desde consultas médicas até internações hospitalares e procedimentos de prevenção e diagnóstico. O uso desses serviços depende de como se dá a convergência entre os atributos comportamentais tanto dos possíveis usuários quanto dos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento, haja vista

que a entrada do usuário no serviço de saúde é induzida por seu próprio comportamento, enquanto que a sua permanência na instituição passa a ser mediada pelos profissionais nela atuantes.

Como meio para a compreensão do acesso à saúde, Pineault e Daveluy (1986 *apud* Travassos; Martins, 2004, p. S190-S191) estabeleceram que a utilização de serviços de saúde é determinada por fatores que podem se referir:

[...] (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Conforme já destacado, há variações de terminologia entre os autores para o termo “acesso”, o que é fundamental para a compreensão e avaliação de sistemas de saúde. Donabedian (1973), por exemplo, contribui significativamente para isso, apesar de não discernir tal termo. Em seu lugar, o autor emprega o termo “acessibilidade” para designar as características dos serviços de saúde e de seus recursos que podem influenciar o modo pelo qual determinadas populações deles se utilizam, concepção que se mostra extremamente conveniente à análise da equidade em sistemas de saúde.

O modelo teórico de Donabedian considera que a acessibilidade é composta pelas dimensões sócio-organizacional e geográfica (Donabedian, 1973). Enquanto a primeira engloba as propriedades inerentes à oferta de serviços de saúde que, de alguma forma, podem afetar o gozo desses serviços, tais como “[...] políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico” (Travassos; Martins, 2004, p. S191), a segunda se refere a elementos espaciais que se inter-relacionam com a disponibilização dos serviços de saúde, dentre os quais podem ser citados, por exemplo, marcadores de distância, tempo de deslocamento e gastos efetuados com transporte (Travassos; Martins, 2004).

Ao encarar a acessibilidade dessa forma, Donabedian (1973) enfatiza em seu modelo a importância de reconhecer que a mesma não pode ser pensada única e exclusivamente como o simples ingresso nas instituições de saúde ou como uma forma de utilização de seus serviços, mas sim como a disposição do ajuste entre as necessidades das pessoas e todo tipo de

oferta disponibilizada pelas instituições, implicando levar em conta também, nesse caso, a conformidade dos recursos humanos e tecnológicos ao requerido pelos indivíduos, de modo a abranger, portanto, a qualidade e a pertinência da paleta de cuidados.

Diferentemente de Donabedian, Andersen (1995), por sua vez, especifica o termo “acesso” em seu modelo. Para o autor, acesso remete ao ato de um indivíduo adentrar em um serviço de saúde e usufruir dos cuidados disponíveis de forma continuada. Andersen (1995) entende que o acesso faz parte da composição dos sistemas de saúde como integrante da organização dos serviços. Seu modelo teórico é pautado na multidimensionalidade do acesso, pois pressupõe que este seja consequência da conspiração entre fatores de domínio pessoal dos indivíduos e fatores contextuais que incidem sobre os serviços de saúde.

Neste modelo, estabelece-se uma hierarquia na qual fatores contextuais, que são aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços, intervêm no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais. Importante destacar, para fins de formulação de políticas, que elementos próprios do sistema de saúde (oferta) são passíveis de mudança mediante intervenção governamental ou institucional, enquanto apenas algumas das características dos indivíduos são passíveis de mudança por essas ações (Travassos; Martins, 2004, p. S192).

Penchansky e Thomas (1981 *apud* Emmerick, 2011) vão além e ampliam ainda mais o conceito de acesso, definindo-o como sendo o grau de paridade entre as demandas dos usuários e a suficiência de recursos das instituições de saúde para atendê-las. Dessa forma, os autores conseguem contemplar o fenômeno do acesso pelo prisma da relação mantida entre os usuários e o sistema de oferta de serviços de saúde, em oposição à abordagem centrada apenas na oferta de serviços (Travassos; Martins, 2004). Para uma compreensão mais aprofundada dessa relação, os autores estratificaram o conceito de acesso em cinco dimensões, assim descritas:

- Disponibilidade (availability) – está relacionada com o volume e o tipo de recursos ofertados e com as necessidades dos usuários;
- Acessibilidade (accessibility) – refere-se à disponibilidade do serviço no local e no momento em que o usuário o requer;
- Adequação (accommodation) – concerne à forma a qual são organizados os recursos para o fornecimento, a capacidade adaptativa dos clientes, e também à sua percepção quanto a qualidade do cuidado;
- Capacidade aquisitiva (affordability) – relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos usuários;
- Aceitabilidade (acceptability) – reporta-se às atitudes tanto de provedores quanto dos usuários no que tange suas características e práticas (Emmerick, 2011, p. 10).

Tal qual Donabedian e partindo de seus axiomas, Frenk (1985) também adota o termo “acessibilidade” em seu modelo teórico. Para o autor, o percurso entre o surgimento da necessidade de um indivíduo pela busca de cuidados em saúde e seu efetivo ingresso nas

respectivas instituições é constituído pelo encadeamento das seguintes etapas: (a) necessidades de saúde; (b) desejo de obter cuidados de saúde; (c) procura; (d) entrada nas instituições; e (e) continuidade dos cuidados. Fundamentado nisso, Frenk (1985) situa o seu conceito de acessibilidade neste percurso, circunscrevendo-o ao âmbito das etapas de procura e ingresso nas instituições.

Ademais, o autor propõe que a acessibilidade seja uma espécie de graduação representativa da relação entre as barreiras existentes para a busca e utilização de cuidados de saúde e o poderio da população para a sua transposição (Frenk, 1985). “Esses obstáculos (resistência) são classificados como ecológicos, financeiros e organizacionais. De forma correspondente, o poder da população é discriminado em poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização” (Travassos; Martins, 2004, p. S193).

Pela teoria do Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) o acesso é refletido em termos da usabilidade oportuna dos serviços e tecnologias de saúde, a qual se presta a modificar, para melhor, o quadro de saúde dos indivíduos, enquanto concretização de um resultado positivo. Ou seja, neste modelo, não cabe considerar qualquer utilização da qual um indivíduo venha a se beneficiar durante o seu atendimento no serviço de saúde, mas sim apenas aquela desfrutada na ocasião certa e de forma pontual, qual seja durante a resolução de seu problema, através de meios e métodos assertivos (Millman, 1993).

Vieira-da-Silva (2014), por seu turno, propõe que acesso seja equivalente à cobertura real, ou seja, referindo-se à efetiva utilização dos serviços de saúde pelos usuários. Indo ao encontro dessa conceituação, a OMS defende que, no que se refere à avaliação do acesso, o funcionamento dos sistemas de saúde deve ser avaliado com base no indicador intitulado “cobertura efetiva” (OMS, 2001), que mede o acesso a partir da indicação da “[...] proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que recebeu de forma efetiva este procedimento” (Travassos; Martins, 2004, p. S194).

Acesso e acessibilidade são conceitos que divergem quanto às suas definições, de acordo com o entendimento de Starfield (2002). Esta autora traz como proposição a ideia de que acessibilidade estaria relacionada às propriedades do sistema de oferta de serviços de saúde, enquanto acesso seria a aparência assumida pela acessibilidade diante dos indivíduos. Essa visão de acessibilidade, enxergada como disponibilidade de serviços de saúde e construída, inclusive, com o auxílio da carga de vivências adquiridas anteriormente pelos indivíduos durante a sua utilização, tem rebatimentos na busca pelos serviços de saúde, uma vez que, nesse sentido, os juízos de valores prévios das pessoas tendem a influir nessa busca.

Autores como Goddard e Smith (2001) referem que a posse de recursos informacionais relativos aos serviços de saúde difere entre as várias coletividades que compõem a sociedade, o que impacta diretamente no acesso, vide que este é controlado pela impressão que os indivíduos têm do grau de facilidade ou dificuldade para conseguirem utilizar os serviços de saúde disponíveis.

Assim, depreende-se que os diferentes modelos teóricos de acesso à saúde apresentam pontos de vista diversos, porém complementares. A compreensão desses modelos é decisiva para a avaliação de políticas públicas, principalmente porque se presume que os sistemas públicos de saúde sejam equânimes, em satisfação aos princípios do SUS, levando em consideração a complexidade e contextualidade do acesso. No âmbito das políticas públicas de saúde, a discussão sobre acesso não pode ser dissociada da noção de equidade, o que exige atenção ao amplo espectro de desigualdades que moldam as experiências de saúde dos grupos sociais.

3.2 Equidade

A noção de saúde na contemporaneidade tem ganhado cada vez mais destaque no que se refere às suas implicações com o campo político e social. Em relação à luta contra o HIV/aids, são diversas as organizações⁸ que apontam o direcionamento do enfrentamento à epidemia como um processo político em construção, o que significa: (a) considerar os efeitos políticos do estigma associado à epidemia desde o seu surgimento; e (b) considerar os contextos de vulnerabilidades e as situações das populações diante da necessidade de eficácia não só do tratamento ao vírus, mas da própria adesão à sua prevenção. Essas considerações podem subscrever abordagens em saúde que se fundamentem no conceito de equidade, sobretudo pela existência de múltiplas diferenças constitutivas das representações sociais dos sujeitos e de suas relações com o mundo.

Contrastando com a ideia tradicional de igualdade formal, a qual trata todos como iguais, o princípio da equidade na contemporaneidade reconhece que os indivíduos são diferentes e que essas diferenças precisam ser levadas em conta para garantir justiça a todos. Ao inserir a ideia de diferença no espaço público da cidadania, a equidade vai de encontro ao

⁸ Unaid; Rede Feminista Nacional de Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês *United Nations Children's Fund*, Unicef); e o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (em inglês *United Nations Development Fund for Women*, Unifem).

pensamento jurídico clássico, que defendia uma visão homogênea e indiferenciada da cidadania (Escorel, 2009).

O entendimento acerca da equidade veio à tona como uma evolução e, em alguns casos, em substituição ao conceito tradicional de igualdade. Enquanto a igualdade remete a uma divisão uniforme de bens ou de serviços entre os indivíduos, a equidade introduz uma perspectiva mais adequada à diversidade humana, reconhecendo que as pessoas são únicas e apresentam diferentes anseios (Escorel, 2009).

Em exposição a isso, o termo “equidade”, que em nível de significância equivale a justiça e igualdade, é empregado na saúde em alusão ao impedimento a qualquer tipo de distinção para o exercício do direito de acesso aos serviços por ela disponibilizados aos cidadãos (Oliveira *et al.*, 2012), pois

Na Constituição de 1988 a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades (Neri; Soares, 2002, p. 78).

Escorel (2009) assevera que, embora o significado do termo "equidade" tenha sido introduzido na CF de 1988 como análogo a direito universal e igualitário à saúde e a Lei n. 8.080/90 feito menção apenas à igualdade de assistência à saúde como princípio fundamental do SUS, observa-se a ausência de explicitação do termo "equidade em saúde" tanto na CF de 1988 quanto nas Leis Orgânicas da Saúde.

Apesar da não especificação do termo nas legislações citadas, considera-se que a equidade é um dos pilares que sustentam o SUS. A concepção contemporânea de equidade é retomada no SUS a partir da oferta de um atendimento diferenciado, atentando-se para as necessidades individuais dos usuários, ou seja, os cuidados em saúde são priorizados de acordo com o perfil dos demandantes. Dessa forma, o objetivo do SUS é respeitar as diversidades sociais e promover a justiça social na saúde (Fiocruz, [2013]) e, caso esta premissa não seja atendida, corre-se o risco de uma parte da população receber serviços desnecessários, enquanto outra ter suas necessidades negligenciadas, perpetuando o ciclo de desigualdades em saúde (Brasil, 2000).

Whitehead (1992), ao construir o seu pensamento sobre equidade em saúde, incorpora o parâmetro de justiça à distribuição igualitária de recursos e oportunidades no âmbito da saúde. A autora destaca que a equidade é um conjunto de oportunidades capazes de debelar as diferenças evitáveis, desnecessárias e injustas entre grupos sociais, as quais se constituem em elementos instituidores de iniquidades no acesso à saúde.

A equidade em saúde, segundo a perspectiva de Braveman (2006), implica na remoção de barreiras que historicamente têm prejudicado grupos sociais específicos, permitindo, assim, que a concretização de seus direitos humanos, entre os quais se destaca o da saúde, atinja grau máximo. Já Braveman e Gruskin (2003) definem a equidade em saúde com sendo um princípio ético, vinculado à justiça distributiva e aos direitos humanos, que assegura oportunidades iguais para que todos os indivíduos tenham condições de alcançar a saúde por meio da eliminação das desigualdades sistemáticas em saúde visualizadas nos diversos estratos sociais.

Na concepção de Macinko e Starfield (2002, *apud* Yoshino, 2018, p. 85) “Equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”.

Barata *et al.* (1997) reforçam a sinonímia de igualdade e justiça para o termo “equidade” sob a perspectiva ética que considera todos os indivíduos como detentores de direitos fundamentais, em respeito ao princípio da dignidade humana. Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) acrescentam a distinção entre “equidade horizontal,” equivalente ao tratamento igualitário de grupos iguais, e “equidade vertical,” que pressupõe a diferenciação de tratamento a grupos desiguais.

Essa distinção, correspondente à importante contribuição aristotélica à cultura política do Ocidente, considera a equidade como equivalente à justiça sempre referida a certa forma de igualdade. Aplicada ao financiamento em saúde, tem sido traduzida como um princípio geral, em que a contribuição para o financiamento dos serviços deve manter relação direta com a capacidade de pagamento do usuário. (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009, p. S218).

A equidade vertical reconhece a heterogeneidade entre os indivíduos e propõe uma distribuição desigual de recursos, com o objetivo de alcançar a igualdade de oportunidades, ou seja, busca-se garantir que aqueles com maiores recursos contribuam proporcionalmente mais para o sistema de saúde, enquanto aqueles com menores recursos contribuam proporcionalmente menos (Travassos; Castro, 2012).

Por outro lado, a equidade horizontal se baseia no princípio de que indivíduos em situações semelhantes devem receber tratamento similar, o que significa dizer que a distribuição de recursos e serviços de saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de cada grupo social, avaliando àqueles inseridos em circunstâncias equiparáveis o desfrute das mesmas possibilidades de acesso e uso de serviços de saúde, bem como o recebimento do mesmo tipo de cuidado, em conformidade com o previsto no arcabouço jurídico do SUS (Travassos; Castro, 2012).

Geralmente, a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde é tratada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal (Travassos; Castro, 2012, p. 185).

Para as políticas públicas, em conformidade com o citado por Silva (2019, p. 16), a equidade adquire o sentido de um “[...] resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente com o intuito de diminuir as desigualdades sob o fundamento da justiça social”. Dessa forma, subentende-se que o SUS materializa o princípio da equidade através da instituição de programas de saúde voltados para a diversidade da população brasileira, como, por exemplo, as populações do campo e da floresta, negra, cigana, pessoas em situação de rua, idosos e pessoas com deficiência, levando em consideração as suas características, culturas e demandas (Fiocruz, [2013]).

Em relação às desigualdades em saúde, faz-se necessário reconhecer, interpelar e enfrentar os determinantes sociais que as influenciam como meio para se atingir, de fato, o direito ao acesso equitativo à saúde (Whitehead; Dahlgren, 2006). Para tanto, as instituições integrantes do sistema público de saúde brasileiro precisam “[...] ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população” (Brasil, 2000, p. 9).

Segundo Solar e Irwin (2010), os determinantes sociais da saúde são representados pelas situações de vida que acompanham os indivíduos desde o seu nascimento até a fase de envelhecimento, assim como por variáveis políticas, econômicas e sociais que agem interferindo nessas situações. Dessa forma, compreende-se que a dissipação das desigualdades em saúde é tomada como uma exigência para a efetivação plena da equidade em saúde, a qual clama por políticas e intervenções que suplantem as fronteiras do setor de saúde, considerando fatores socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais. Por isso, a avaliação constante e a adaptação das políticas de saúde são procedimentos importantes para a promoção da equidade no acesso.

Equidade em HIV/aids denota, portanto, imparcialidade no acesso a todo e qualquer tipo de serviço de saúde que tem como objetivo proporcionar assistência na área do HIV/aids através do critério único de não distinção entre os sujeitos com base em seus fenótipos sociais. Sendo assim, é possível perceber que a importância da equidade no enfrentamento do HIV/aids transita entre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, estendendo-se, finalmente, à própria erradicação da doença, principalmente pelo fato de que as PVHA ainda ocupam um lugar de representação social marcada por diversos estigmas. Além disso, como já evidenciado neste

estudo, a infecção pelo HIV/aids acomete de forma majoritária grupos historicamente mais vulneráveis da sociedade, o que nos obriga a compreender a caracterização do conceito de equidade na dependência de sua correlação ao fenômeno da desigualdade em saúde (Polidoro *et al.*, 2020).

Castoldi *et al.* (2021) destacam a relevância de se direcionar a difusão de informações acerca das novas tecnologias de prevenção ao HIV/aids para os grupos sociais mais vulneráveis, em reconhecimento à concepção de que a equidade é uma resposta objetiva à questão da vulnerabilidade, estando estas duas terminologias interligadas. O respeito ao princípio da equidade impõe-se, então, uma condição ao avivamento dessa mobilização, posto que, de acordo com os autores,

[...] é necessário dedicar especial esforço a alguns segmentos mais vulneráveis da sociedade. O termo ‘vulnerabilidade’ amplia a noção de risco comportamental à identificação de fatores sociais e de acesso a serviços públicos por populações específicas, incluindo a análise das dimensões individual, social e programática (Castoldi *et al.*, 2021, p. 2).

A compreensão da equidade pressupõe reconhecer os diferentes lugares onde cada sujeito em sociedade desenvolve os seus papéis sociais. Esse discernimento perpassa pelo fato de que indivíduos podem vivenciar um mesmo problema social de modos diferentes, já que estão em diferentes posições de sujeito⁹. Pelo exposto por Calazans, Parker e Júnior (2022), a participação da equidade para a garantia do acesso à prevenção do HIV/aids e de outras ISTs por populações vulneráveis não pode ser desprezada, pois distintivos sociais como raça, classe, orientação sexual, gênero e território influenciam as percepções e os cuidados dos indivíduos em relação ao risco de infecção.

Essa observação é importante na medida em que, após a exposição ao HIV, entra em ação a “sorofobia”, engendrando diversas formas e manifestações de violências contra as PVHA, o que se dá desde experiências de atendimento em espaços públicos de saúde até o campo das relações sociais/familiares/afetivas. O entendimento dessa realidade transcorre pela compreensão dos limites do conceito de “diversidade” e para a ampliação de percepções a partir da ideia e do conceito de “diferença”. Acerca da distinção entre “diversidade” e “diferença” como caminho para garantir a equidade como valor social nas práticas de saúde:

As diferenças são então concebidas como realidades sócio-históricas, em processo contínuo de construção-desconstrução-construção, dinâmicas, que se configuram nas relações sociais e estão atravessadas por questões de poder. São constitutivas dos

⁹ A compreensão de “posições de sujeito” segue as definições propostas pela Teoria Política do Discurso em Laclau e Mouffe (2015).

indivíduos e dos grupos sociais. Devem ser reconhecidas e valorizadas positivamente no que tem de marcas sempre dinâmicas de identidade, ao mesmo tempo em que combatidas as tendências a transforma-las em desigualdades, assim como a tornar os sujeitos a elas referidos objeto de preconceito e discriminação (Candau, 2011, p. 246).

Desse modo, anui-se que a garantia de equidade nas práticas de saúde direcionadas especificamente à prevenção ao HIV/aids é atravessada por uma série de questões que não se limitam ao sistema saúde, face à interação com outros moduladores que incidem de forma constante sobre a sociedade. Possibilitar a equidade em HIV/aids perpassa pela necessidade de fomentar práticas sociais, que podem ser, e já são de modo teórico, estimuladas por políticas públicas que tratem das questões referentes ao gênero e à sexualidade de modo amplo, dialógico e didático. Assim sendo, campos políticos de atuação como a educação, seja ela nos âmbitos formais ou informais, têm um papel fundamental no que toca à conscientização e difusão de uma concepção coletiva acerca daquilo que torna a sexualidade algo saudável e um assunto cujo domínio diz respeito à toda a sociedade, não apenas àqueles que utilizam os serviços públicos de saúde disponíveis na área do HIV/aids (Polidoro *et al.*, 2020).

O caminho que põe fim à AIDS é claro. As respostas ao HIV têm sucesso quando são ancoradas em forte liderança política, contam com recursos adequados, seguem as evidências, usam abordagens inclusivas e baseadas em direitos e buscam a equidade. Os países que colocam as pessoas em primeiro lugar em suas políticas e programas já estão liderando o mundo na jornada para acabar com a AIDS até 2030 (Unids, 2023, p. 14).

Pelo fato de, no contexto do HIV/aids, as populações mais vulneráveis muitas vezes enfrentarem desigualdades sociais, econômicas e culturais, as políticas públicas devem se afirmar como medidas produtoras de equidade no acesso à saúde. Dessa forma, a exploração do conceito de equidade em saúde demanda uma incursão crítica na teia de complexidades que envolvem as vulnerabilidades dos indivíduos frente ao risco de infecção pelo HIV/aids.

3.3 Vulnerabilidade

A efetividade das ações implementadas por uma política, programa ou serviço de prevenção ao HIV/aids é determinada por fatores de vulnerabilidade apresentados pelas populações-alvo das intervenções e pelo modelo de organização das instituições nas quais tais ações se desenvolvem (Cruz, 2006). Dessa forma, a prevenção ao HIV/aids está sujeita ao diálogo com a epistemologia do conceito de vulnerabilidade “[...] pois as concepções sobre epidemia e os seus motores são fundamentais para definir o que é necessário para confrontá-la” (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022, p. 214).

Conforme assinalado anteriormente, o campo da prevenção vivenciou uma importante mudança paradigmática durante a década de 1990, pois houve uma evolução no modo de utilização das estratégias preventivas em favor do combate ao HIV/aids, refletindo uma resposta à epidemia mais focalizada, além da diminuição do risco de infecção, na gestão desse risco através de intervenções sobre o comportamento dos indivíduos (Calazans; Parker; Terto Junior, 2022).

Esse período também presenciou um movimento de crítica às construções sociais dos grupos de risco e de determinação do risco ao HIV/aids pelo comportamento individual das pessoas, o que abriu espaço para a ascensão do conceito de vulnerabilidade como paradigma que buscava explicar a origem do risco ligada principalmente às dimensões social e programática do conceito, além da consideração do aspecto comportamental humano na indução do risco (Calazans; Parker; Terto Junior, 2022).

É neste contexto que o conceito de vulnerabilidade, por exemplo, oriundo do campo dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde. Ele não é outra coisa que uma forma de ampliar os horizontes normativos desse campo para além da eficácia técnica. A idéia de sucesso prático que lhe instrui orienta-se para um nítido deslocamento de horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito a necessidades fundamentais do ser humano (Ayres, 2002, p. 17).

Ao invés de culpabilizar ou segregar indivíduos, o conceito de vulnerabilidade se distingue por destacar a universalidade da condição humana, não estando ligado a um comportamento específico, seja ele considerado certo ou errado, ou a um determinado grupo social. Segundo a ideia de vulnerabilidade, todos os indivíduos estão inscritos em um estado de suscetibilidade ao HIV/aids que não conhece fronteiras ou rótulos, porém que acompanha as vivências humanas na totalidade de suas jornadas (Schaurich, 2004).

Na realidade brasileira, a incorporação do conceito de vulnerabilidade ao entendimento do ciclo da aids foi bem aceita graças ao contexto pós-redemocratização e à atuação da sociedade civil organizada (Calazans, 2018). A Abia, por exemplo, chegou a traduzir o livro intitulado *AIDS in the World*, que introduziu o conceito internacionalmente em 1992. Com o alargamento do rol de opções medicamentosas eficazes para o HIV/aids na década de 1990, as atenções em saúde sexual se voltaram para o acesso à Tarv. No entanto, ficou claro que concretizar este acesso não seria possível sem atacar os bloqueadores a serviço da vulnerabilidade social e da violência estrutural (Calazans; Parker; Terto Junior, 2022).

O conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids representa, ao mesmo tempo, uma tentativa coletiva de compreender e de intervir nos diversos processos pelos quais os indivíduos se suscetibilizam à infecção, doença e morte decorrentes da ação do HIV/aids. Por conceber a

ideia de que os indivíduos não se situam em um mesmo patamar de suscetibilidade ao HIV/aids, o conceito de vulnerabilidade forja-se em uma interseção de predisponentes individuais, sociais e programáticos, que colocam as pessoas em interação direta com a epidemia e com seus respectivos meios para contorná-la (Ayres *et al.*, 2003).

A vulnerabilidade individual se refere ao grau e qualidade de conteúdos educativos acerca do HIV/aids à disposição de uma pessoa e sua respectiva capacidade de assimilação na prática cotidiana do convívio em sociedade, buscando alcançar comportamentos sexuais seguros que se distanciem de contextos potencialmente propícios à infecção (Ayres *et al.*, 1999 *apud* Cruz, 2006).

Sendo assim, a dimensão individual se refere à bagagem que cada pessoa traz consigo em termos de conhecimento, reflexões e ações em relação ao risco de infecção pelo HIV/aids, ao uso e abuso de drogas, aos serviços de saúde e à própria sexualidade. Essa dimensão não opera pura e simplesmente à base de depósito de informações, mas como um campo cerceado por habilidades e escolhas comportamentais para lidar com o HIV/aids. Nesse sentido, à qualidade e à profundidade do conhecimento adquirido são reservadas posições estratégicas no combate à epidemia, porém o diferencial, em termos de prevenção, é a capacidade dos indivíduos de transformação desse entendimento em práticas de proteção e de autocuidado (Ayres *et al.*, 2003, 2006) que incluem, por exemplo, o uso de preservativos, a realização de testagem regular, o uso de TcP e de novas tecnologias de prevenção, evitar o compartilhamento de seringas, entre outras. Essa lógica de construção da definição de vulnerabilidade individual se deve ao fato de “[...] que os comportamentos associados a maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos [...]” (Ayres *et al.*, 2003, p. 125).

De outro modo, a vulnerabilidade social se insere no contexto do HIV/aids preceituando que sua significação vai além das fronteiras individuais, enraizando-se profundamente na estrutura e dinâmica da sociedade. Nesta percepção, os processos relativos à saúde e à doença são, inerentemente, fenômenos sociais, e, por conseguinte, demandam um olhar que se descentralize dos elementos que atuam desnudando as pessoas perante o HIV/aids por meio de atributos localizados tão somente no plano individual. Diversos fatores como o acesso à informação, a qualidade e o conteúdo dessa informação, bem como a habilidade de aplicá-la de forma satisfatória são influenciados por caracteres materiais, culturais, políticos e morais que constituem a realidade da vida em sociedade. Esses contextos moldam e restringem a vulnerabilidade individual ao HIV/aids (Ayres *et al.*, 2006). Partindo-se dessa ideia, a vulnerabilidade social seria a conformação da incidência de constrangedores sociais sobre a

esfera de suscetibilidade individual dos sujeitos ao HIV/aids (Ayres *et al.*, 1999 *apud* Cruz, 2006).

Dessa forma, Ayres *et al.* (2006) sugerem que a capacidade de adquirir informações, processá-las e incorporá-las em práticas que promovam mudanças não é determinada apenas pelo indivíduo, mas também por variáveis como acesso a meios de comunicação, níveis de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder para influenciar decisões políticas, habilidade para transpor barreiras culturais e ausência ou não de submissão à violência estrutural, os quais devem ser considerados para efeito de verificação de vulnerabilidade social.

Para ilustrar esse entendimento, Ayres *et al.* (2006) exemplificam que elementos como o arcabouço jurídico-político e as orientações governamentais de uma nação, juntamente com as dinâmicas nas relações de gênero, raça e intergeracionais, as atitudes face à sexualidade, as crenças religiosas e a presença de pobreza são todos fatores que podem impactar a exposição das pessoas à infecção pelo HIV/aids. Ayres *et al.* (1999 *apud* Cruz, 2006) incluem ainda entre esses elementos o estigma, o preconceito e a discriminação. Assim, “[...] a vulnerabilidade social, em uma esfera mais coletiva, diz respeito ao grau de escolaridade do indivíduo, ao seu acesso à informação, à escola, aos serviços de saúde, suas condições de bem-estar social, sua renda individual e familiar, entre outros” (Ayres, 1998 *apud* Schaurich, 2004, p. 122).

O conceito de vulnerabilidade programática remete à influência de instituições sociais, como famílias, escolas, serviços de saúde e políticas públicas, nas condições que envolvem a exposição e prevenção das pessoas ao HIV/aids em uma sociedade. Essas instituições devem oferecer recursos sociais adequados e acessíveis para que as pessoas possam prevenir e enfrentar os danos causados pelo HIV/aids (Ayres *et al.*, 2006). Entretanto, frequentemente, essas instituições não conseguem cumprir essa função, contribuindo, em alguns casos, para o aumento da vulnerabilidade social das pessoas, o que reverbera na intensificação das desigualdades e injustiças sociais já existentes.

Ayres *et al.* (2006) indicam que, para analisar a vulnerabilidade programática à luz da prevenção ao HIV/aids, convém avaliar como as falhas e inadequações institucionais podem perpetuar e agravar as desigualdades preexistentes que contribuem para a vulnerabilidade social à infecção. Conforme demonstram os autores, isso autoriza a reflexão de que as instituições devem estar adaptadas às necessidades e realidades de cada sujeito e das coletividades às quais se vinculam, subsidiando a redução das vulnerabilidades através da promoção à conscientização e a mudanças relacionadas às condições que afetam negativamente a saúde sexual humana no contexto do HIV/aids.

A vulnerabilidade programática é expressa, em grande medida, pela forma como o acesso a ações e serviços está disposto nas instituições de saúde visando atender as necessidades dos usuários por meio de políticas e programas de prevenção ao HIV/aids. A vulnerabilidade programática de indivíduos e populações é diretamente proporcional à magnitude das barreiras de acesso interpostas pelas instituições de saúde (Ayres *et al.*, 1999 *apud* Cruz, 2006).

O plano programático refere-se, portanto, à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como: a) grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão inter-institucional e inter-setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) sustentabilidade das ações; i) avaliação e retroalimentação dos programas, entre outras possibilidades (Ayres *et al.*, 2003, p. 126).

A compreensão atual sobre as inferências do conceito de vulnerabilidade no terreno da prevenção do HIV/aids certifica que, não obstante a evolução do paradigma preventivo, as reações de estigma, preconceito, medo e discriminação ainda são manifestamente prevalentes na sociedade. A insuficiência de informação adequada sobre a aids, quando somada aos estigmas arraigados na maneira como as construções sociais concebem a imagem da doença, alimenta significativamente a discriminação sofrida pelas pessoas que, de algum modo, são tocadas pela questão do HIV/aids (Schaurich, 2004). Destarte, a referência pragmática fundada na consideração da entidade estigma–preconceito–discriminação, enquanto conhecimento teórico, é importante para as políticas públicas em HIV/aids e deve ser arrolada principalmente naquilo que compreende o campo da prevenção à doença, pois, como bem citam Calazans, Parker e Terto Junior (2022, p. 217) “[...] processos de estigmatização e discriminação configuram-se como relações de poder e devem ser enfrentados [...]”.

3.4 Estigma, preconceito e discriminação

Derivado do grego para indicar uma marca distintiva, o estigma se converte em um conjunto de crenças, atitudes e sentimentos de repulsa que impõem uma mancha sobre a dignidade da pessoa a ele submetida. Este conceito evoca um processo de desvalorização, onde características individuais são rejeitadas por terceiros ao serem rotuladas como algo abominável. Essa dinâmica inevitavelmente conduz, no âmbito das relações sociais, à discriminação, a qual é expressa como uma manifestação prática do estigma (Unaid, 2017) ou

do preconceito, para o que Parker (2013) chama a atenção, haja vista que, segundo o autor, há equivalência entre os conceitos de estigma e preconceito, uma vez que apontam para os mesmos referentes, ou seja, “Tanto o preconceito como o estigma envolvem categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, do mesmo modo que o estigma e o preconceito podem resultar em discriminação; os seus processos sociais são, assim, bastante semelhantes” (Parker, 2013, p. 31).

Corroborando com este argumento, Crochík (1996) discorre que o preconceito é deflagrado a partir de posturas rígidas e pré-concebidas com relação a um determinado alvo. Esta predisposição se caracteriza por ideias pré-estabelecidas e, frequentemente, incorretas, conhecidas como estereótipos, que permanecem inalteradas, apesar de informações em contrário. Originalmente, tal como a matriz que, na impressão tipográfica, reproduz indefinidamente o mesmo caractere, o estereótipo também implica uma réplica constante e invariável de um conceito ou imagem. O Unaid (2020, p. 15) coloca que “Estão entre as práticas de estigma o estereótipo, o preconceito e as atitudes e os comportamentos estigmatizantes. O estereótipo e o preconceito agem como impulsionadores e manifestações, porque alimentam o processo de estigmatização e são reforçados por ele”.

Discriminação, portanto, é reconhecida como qualquer forma de diferenciação ou exclusão imposta repetidamente de modo arbitrário, baseando-se em uma característica pessoal ou na associação a um grupo específico. Tal ato constitui uma transgressão aos princípios básicos dos direitos humanos e tem sérias implicações no contexto do HIV/aids. Não apenas as PVHA podem ser alvo, mas igualmente aqueles sobre os quais paira a desconfiança de contaminação pelo HIV (Unaid, 2017), enquadrando-se aí, claramente, os indivíduos potencialmente vulneráveis ao vírus (Parker, 2013). O estigma, o preconceito e a discriminação relacionados ao HIV/aids se manifestam de formas variadas e podem ser responsáveis, por exemplo, por obstruir o acesso e a adesão das pessoas a serviços de saúde da área do HIV/aids, tais como prevenção, testagem, tratamento e acompanhamento médico, ambulatorial e hospitalar, alimentando, assim, um ciclo vicioso de isolamento e prejuízo social (Unaid, 2020).

“Relacionado ao HIV” designa qualquer estigma e discriminação que tenha impacto sobre a resposta ao HIV, inclusive com base no sexo, na identidade de gênero, orientação sexual, consumo de drogas, trabalho sexual e estado sorológico positivo para HIV. O estigma relacionado ao HIV inclui uma série de experiências estigmatizantes, **tais como comportamentos de fuga, boatos, abuso verbal e rejeição social. A discriminação pode incluir os comportamentos estigmatizantes acima referidos quando afetam o usufruto de direitos, bem como o abuso físico, a negação de serviços sociais ou de saúde, a negação ou perda de oportunidades de emprego, de educação ou mesmo a detenção. Também pode ser consagrada na legislação penal, em restrições de viagem, testes obrigatórios e restrições de emprego.** Estas pessoas podem vivenciar a discriminação ou o estigma em suas

diferentes interseccionalidades, incluindo raça, deficiência e condição socioeconômica (Unaid, 2021).

Compondo um cenário hostil para a vida de populações vulnerabilizadas e para a implementação eficaz de intervenções preventivas contra o HIV/aids, a desigualdade no Brasil, considerada uma das mais agudas do globo, reveste-se de múltiplas camadas plasmadas em racismo, estigma, violência urbana, miséria, moradias inadequadas e em rígidas estruturas de gênero permeadas por machismo e discriminações direcionadas a indivíduos pertencentes à comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Transgêneros e Travestis, Queers, Intersexos, Assexuais, Pansexuais e demais identidades de gênero e orientações sexuais (LGBTQIAP+). Nas malhas urbanas do país, essa complexa teia de disparidades encontra-se visível em ambientes densamente povoados como favelas e bairros periféricos, os quais constantemente enfrentam uma confluência maior de adversidades (Edmundo, 2020).

Nesse sentido, de acordo com Prado Júnior (1961), é possível afirmar que toda sorte de injúrias estigmatizantes, preconceituosas e discriminatórias que vulnerabilizam determinadas populações ao HIV/aids na atualidade têm suas raízes fincadas em um sistema de castas sociais bem definidas que caracterizou o passado colonial do Brasil. Esse sistema social segregava a sociedade entre a família senhorial branca e os contingentes populacionais escravizados, os quais, devido às funções sociais atribuídas a eles em razão da instalação do modo de produção mercantil e às condições insalubres em que viviam, apresentavam um baixo nível intelectual, tendo então contribuído significativamente para a constituição da população brasileira.

A colônia, dividida entre senhores e escravos, em uma configuração que estabelecia uma rígida dualidade social, praticamente rechaçava para a periferia do constructo social os indivíduos que não se enquadravam nessa hierarquia populacional. Como resultado, surgiu um conjunto de pessoas destituídas das condições humanas básicas necessárias ao seu pleno desenvolvimento (Prado Júnior, 1961).

É sabido que os gays, HSH, parcerias sorodiscordantes para HIV, pessoas trans, profissionais do sexo e usuários de drogas podem ser vítimas de estigma, preconceito e discriminação tanto fora quanto no interior das instituições de saúde que frequentam e recebem atendimento (Terto Júnior; Raxach, 2018; Vieira; Oliveira, 2018; Zucchi *et al.*, 2018). Pode-se dizer, então, que esse fato está associado ao patriarcalismo que marcou, durante séculos, a formação da sociedade brasileira.

O sistema patriarcal brasileiro fundamentara-se na existência de poderes ilimitados exercidos por homens de alta estirpe, os grandes proprietários de latifúndios rurais, os quais

contribuíram para alicerçar a heterossexualidade e demais valores morais como normas sociais unicamente aceitas para a constituição da família e para o convívio em sociedade. A igreja e o clero, como importantes instituições da sociedade colonial no Brasil, também reforçaram esses costumes, tanto por conta de seus dogmas internos quanto pela influência que sofriam do patriarcado (Prado Júnior, 1961).

A baixa adesão de HSH negros ao programa de PrEP (Zucchi *et al.*, 2018) pode ser entendida à luz de desigualdades históricas que remontam à escravidão no Brasil. Durante séculos, a exploração da mão de obra escrava negra consolidou estruturas de marginalização econômica e social, cujas repercussões ainda são observadas na contemporaneidade. A precarização do acesso a direitos básicos, como educação e saúde, perpetuou ciclos de exclusão que impactam diretamente a equidade em saúde. Esse histórico contribui para a sub-representação de homens negros em políticas preventivas, agravada por barreiras relacionadas ao racismo estrutural e à desconfiança em instituições de saúde que, historicamente, não os atenderam de forma adequada. Anunciação *et al.* (2022) corroboram a ideia de que essas desigualdades históricas e estruturais continuam a moldar as dinâmicas de adesão em programas de saúde pública.

Considerados, juntamente aos indígenas, como raças bárbaras, semibárbaras e inferiores do ponto de vista cultural, os negros foram escravizados no Brasil de modo bastante peculiar, bem diferente dos moldes da escravidão grega e romana. O processo de escravidão moderna, reativada pelas grandes potências ultramarinas europeias, assumiu contornos próprios nas colônias americanas, em um processo que representou um enorme retrocesso. À população negra restou, por séculos, ficar atrofiada em uma relação de dependência do aristocrata que beirava o parasitismo social (Prado Júnior, 1961).

Decorrem daí as mazelas que o povo negro sofreu e sofre até os dias atuais, vítima da conformação de um sistema econômico originado no seio do Brasil colônia que concorreu para tolher e privar, majoritariamente, essa população de alguma possibilidade mínima de ascensão social durante vários séculos de exploração (Freyre, 2003; Furtado, 1959; Prado Júnior, 1961; Ribeiro, 1995; Schwarcz, 2019). As repercussões negativas de toda a espoliação vivenciada historicamente pelos negros no país têm lugar, por exemplo, nas precárias condições socioeconômicas apresentadas por estes na atualidade e no baixo índice de acesso à saúde e às políticas e programas públicos a ela relacionados.

Além do racismo, o qual vem sendo estruturado e sedimentado no Brasil durante todos os períodos de sua história, salienta-se, ainda, a existência de preconceito contra a comunidade LGBTQIAP+, acentuada principalmente na vigência de novos governos

autoritários e conservadores, como pôde ser observado recentemente no Brasil, momento em que prevaleceu a cólera do governo central em promover uma espécie de higienização da sociedade e de seus costumes, disseminando ojeriza a questões de gênero e a determinadas minorias sociais (Schwarcz, 2019).

O perfil do governo federal de Jair Messias Bolsonaro, somado à influência de outros fatores intervenientes¹⁰, acabou por acentuar a discriminação da qual sempre foi vítima a comunidade LGBTQIAP+ no âmbito da sociedade em geral, assim como nas instituições de saúde, justificando, então, a dificuldade desta comunidade em acessar seus serviços, em aderir e em permanecer vinculados às políticas e programas em HIV/aids, como é o caso do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids e do programa público de oferta da PrEP (Cruz, 2006; Schwarcz, 2019; Terto Júnior; Raxach, 2018; Vieira; Oliveira, 2018; Zucchi *et al.*, 2018).

A desigualdade, a discriminação e intolerância social fazem parte de um conjunto de características que se encontram gravadas no passado histórico brasileiro e cujas repercussões se estendem até os dias atuais. Sendo assim, a desigualdade no acesso à saúde e aos seus programas e políticas públicas, bem como a forma pela qual a comunidade LGBTQIAP+ foi vista especificamente pelo governo de Jair Messias Bolsonaro e pela parte conservadora da sociedade podem ser encaradas como expressões e reflexos dos caracteres intolerantes e desiguais nos quais a realidade brasileira tem sido forjada desde o início de sua existência e entendimento como nação (Schwarcz, 2019; Zambenedetti, 2020).

No Brasil, a estratificação e a discriminação social antagonizam os indivíduos de modo tal que, em geral, as classes mais abastadas tendem a tornar-se indiferentes às condições de miserabilidade humana extrema observadas no país, pois a manutenção desse formato de sociedade, no qual para uma minoria tudo é concebido e permitido e para a maioria tudo é negado, mantendo-se ativa uma intensa desigualdade social, concretizada nas baixas taxas socioeconômicas da maior parcela da população, é interessante para preservar a ordem social estabelecida, resguardando as posições de prestígio da elite na sociedade e abafando quaisquer possibilidades de insurreição das classes desfavorecidas (Ribeiro, 1995).

Decorre daí o instinto autoritário dos governos brasileiros, determinados em manter a balança social da desigualdade, dispondo, para tanto, de fortes dispositivos repressores (Ribeiro, 1995). Os efeitos dessa conjuntura acabam, portanto, resvalando nas populações

¹⁰ Entre os fatores intervenientes que agravaram a situação durante o governo Bolsonaro estão: (i) redução do orçamento do SUS, com cortes de R\$ 22,5 bilhões entre 2019 e 2021 (CONASEMS, 2021); (ii) enfraquecimento de campanhas preventivas voltadas ao HIV/aids, substituídas por ações de enfoque moralista; (iii) restrições a parcerias com ONGs voltadas à saúde LGBTQIAP+; e (iv) discursos oficiais que reforçaram estigmas contra minorias, dificultando a adesão às políticas de saúde pública.

vulneráveis ao HIV/aids, as quais tendem a permanecer alheias e desinformadas quanto às políticas e programas relacionados ao HIV/aids e à sua prevenção, bem como inseridas no rol das categorias sociais desprovidas de condições mínimas para o exercício de direitos de cidadania básicos como, por exemplo, o direito à saúde de qualidade (Calazans; Pinheiro; Ayres, 2018).

Para a parte conservadora da sociedade, aqueles que não se adaptam ao uso de preservativos e que não veem neste o mecanismo mais adequado para a sua prevenção contra a contaminação pelo HIV são considerados indivíduos licenciosos que não se preocupam com a sua saúde sexual (Granjeiro, 2018). Nesse sentido, os conservadores podem associar essa falta de cuidado em prevenir a infecção pelo HIV ao desleixo herdado pelo povo brasileiro dos ibéricos em seu processo de formação social iniciado no período colonial (Holanda, 1995 *apud* Ribeiro, 1995).

Questões de gênero e sexualidade são temáticas que estão, recorrentemente, imbricadas às políticas e programas em HIV/aids (Sousa, 2017). De forma semelhante, a obra *Casa Grande & Senzala*, de Gilberto Freyre, também vem a contemplar aspectos eróticos, de vida íntima, acerca da infidelidade, prostituição, bem como relações de gênero como forma de interpretar a vida colonial brasileira por meio da análise da sexualidade gestada no foro privado das relações sociais que se davam naquela época (Soliva, 2012).

[...] a sexualidade em Gilberto Freyre assume uma importância capital, já que se relaciona aos arranjos pelos quais as diferentes etnias se misturaram para a formação de uma nova cultura. Nesses termos, podemos compreender nossa formação histórico-social como dotada de um forte componente hedonista, de uma atração irresistível entre os corpos, que motivou a miscigenação entre as diferentes culturas responsáveis pela nossa constituição como povo (Soliva, 2012, p. 313-314).

Conforme já esboçado ao longo deste estudo, a história social da aids no Brasil não se dissocia da própria trajetória de evolução da homossexualidade. Vista como uma transgressão mortal aos preceitos morais e religiosos em vigência no período colonial (Fry; MacRae, 1985), a prática da homossexualidade, posteriormente, foi tomada para si pela ciência médica almejando a regulação sobre os corpos homossexuais, a partir dos níveis biológico e o comportamental. Em comparação com a dureza do tratamento dispensado à homossexualidade nos anos coloniais, esse controle apresentou-se de maneira mais discreta, porém não menos normatizante (Barp; Mitjavila, 2020).

De acordo com Barp e Mitjavila (2020), a difusão da PrEP como tratamento preventivo ao HIV/aids possibilitou o reaparecimento, por exemplo, de uma homossexualidade que fora, no início da epidemia, opacada pelo estigma da aids, enquanto mediadora da morte

inevitável de pessoas ditas em exercício de práticas sexuais desviantes, as quais se dispuseram a reprimir seus desejos, impulsionadas pelo medo da morte iminente em uma época em que não havia perspectiva de sobrevida para os indivíduos infectados. Esse reaparecimento da homossexualidade “[...] possibilita o retorno aos antigos anos de liberdade a partir da sujeição disciplinar e biopolítica à PrEP. A noção de risco, portanto, é o que permite que a homossexualidade possa voltar a exacerbar-se na intensidade de seus próprios impulsos sexuais” (Barp; Mitjavila, 2020, p. 16).

As doenças infecciosas, como é o caso da aids, vêm sendo tema de estudo de vários autores brasileiros, inclusive os da área do pensamento social¹¹. A título de exemplo, segundo Freyre (2003 *apud* Soliva 2012, p.319) “a recorrência da sífilis entre os brasileiros afixou a civilização dos trópicos. Os valores positivos associados à miscigenação pelos excessos sexuais entre as etnias tiveram seu contraponto negativo na rápida disseminação dessas “doenças do mundo”.

O pensamento de Gilberto Freyre contribuiu, por exemplo, para desmistificar a idealização de que a sífilis seria fruto das miscigenações entre as raças no Brasil e, conseqüentemente, para situá-la como uma doença oportunizada por aspectos sociais (Soliva, 2012). Com base nisso, pode-se traçar um paralelo com a aids, a qual, aparentemente, conforme exposto anteriormente, deixou de ser associada a grupos e comportamentos sexuais de risco, passando a ser influenciada por fatores de vulnerabilidade social, individual e programática (Cruz, 2006).

Erving Goffman, um sociólogo canadense, em seu trabalho de 1963 intitulado *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, discute minuciosamente o conceito de estigma a partir do seu caráter “profundamente depreciativo”, enquanto resultado de um processo social em constante mutação dentro de relações de desvalorização (Goffman, 2008). Com o intuito de explicá-las, o autor retoma as origens históricas deste termo na Grécia clássica e suas repercussões na Europa medieval associadas aos sinais corporais que expressavam *status* moral ou espiritual, atuando como fomentadores de distinções entre indivíduos com características diferentes das previstas socialmente.

Goffman (2008) menciona três tipos diferentes de estigma:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas

¹¹ Essa análise pode ser ampliada ao considerarmos outros autores que também investigam a relação entre doenças infecciosas e fatores sociais. Foucault (1988) discute como as práticas de controle social e as normas estabelecidas pelo poder influenciam a saúde pública e a percepção social das doenças.

a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (Goffman, 2008, p. 14).

O autor propõe categorias para a melhor compreensão das dinâmicas presentes no processo de estigmatização. Em primeiro lugar, para existência de alguém estigmatizado, é preciso que exista o “igual” (aquele que compartilha o estigma), o “normal” (aquele que não compartilha deste estigma) e o “informado” (pessoa normal próxima e simpaticante à pessoa estigmatizada e ciente da sua condição, seja por familiaridade ou profissionalidade). Esses conjuntos indicam as nuances da marginalização, visto que uma pessoa estigmatizada pode ser considerada comum (ou menos estigmatizada) para “informados” e não ser completamente humana para uma pessoa “normal”, discriminando-a e reduzindo efetivamente suas chances de vida (Goffman, 2008). Em sua formulação clássica, Goffman define o estigma como um atributo que influencia profundamente a descrença de um indivíduo e propõe que a pessoa estigmatizada tende a reduzir o seu *status* de uma pessoa completa e habitual para um lugar de pessoa marcada, manchada e rebaixada (Yang *et al.* 2007).

Sobre o estigma social no contexto da saúde, Muñoz e Miguel (2020, p. 7) enfatizam que a evitação social a certos grupos que possuem características ou doenças específicas impacta diretamente à promoção igualitária e o acesso aos serviços de saúde e de bem-estar, influenciando “não apenas a capacidade de indivíduos ou grupos obterem os serviços necessários, mas também como estes serviços lhes são entregues”.

A ingerência destes estigmas na produção e reprodução de relações de controle nos sistemas sociais é responsável por promover desigualdades e exclusões estruturais, não se constituindo como um fenômeno isolado. Logo, não deve ser simplificado à discriminação, pois, em linhas gerais, ao passo que a segunda se refere ao tratamento desigual a certas populações, o estigma vai além e é capaz de sinalizar tais diferenças categóricas nas bases do poder em dada ordem social (Parker; Aggleton, 2021). O estigma está, portanto, “construído no ponto de intersecção entre a cultura, o poder e a diferença” (*ibidem*, p. 34).

Nesse entendimento, Parker e Aggleton (2021) compreendem que a investigação das questões que perpassam o estigma relacionado ao HIV e à aids é essencial para o suporte e integração necessários aos grupos afetados. Os autores ainda ressaltam que, apesar dos avanços notáveis nos últimos anos com a maior eficácia da prevenção e do tratamento disponíveis a essas populações, a “persistência do estigma e da discriminação tem impedido o progresso em outras áreas, bloqueando muitas outras realizações” (Parker; Aggleton, 2021, p. 19).

Tal consideração foi antecipada décadas atrás pelo discurso do médico americano Jonathan Mann, fundador do Programa Global da Aids da OMS, na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1987. Mann pontuou três fases da epidemia de aids: (a) epidemia do HIV, com a disseminação silenciosa do vírus; (b) epidemia da aids, representada pelo aparecimento dos sintomas da síndrome de doenças infecciosas que podem ocorrer anos após a infecção pelo HIV; e (c) epidemia do estigma, marcada pelas reações sociais, culturais e político-econômicas à aids (Almeida, 2004; Parker; Aggleton, 2021).

Parker e Aggleton (2021) ressaltam que o caminho que conduz à ojerização da aids já vem sendo pavimentado desde o início da epidemia, pois a doença tem sido envolta em um léxico de metáforas que corroboram para aumentar o estigma que a rodeia. Estas metáforas simbolizam a aids como sendo equivalente à "morte", demonizando e invocando assim o medo em torno das PVHA. A narrativa social, por vezes, enquadra a aids na paisagem moral, classificando-a como uma manifestação de "decadência" ou "horror" enraizada em falhas morais. Os autores referem que, em algumas idealizações, a aids é comparada a um "crime", pela qual se divide implicitamente as PVHA na dicotomia entre culpa e inocência, onde, para alguns, se inflige a culpabilização pela infecção, enquanto, para outros, resta a infelicidade de uma vitimização não intencional pelo HIV.

Além disso, a metáfora da "guerra" coloca a aids como um inimigo implacável que exige resistência combativa, orientando os esforços da sociedade para um confronto antagônico com o seu agente etiológico. Integrando o imaginário social, a aids também é posicionada como algo referente ao "Outro", ou seja, trata-se de uma doença supostamente confinada às periferias da sociedade (Parker; Aggleton, 2021), construção esta que reforça a ideia de um problema restrito a estranhos e que figura como uma preocupação de saúde universal.

Estas representações metafóricas não só têm incutido memórias negativas nas percepções públicas acerca da aids ao longo dos anos, como têm perenizado o isolamento e a discriminação das PVHA, impulsionando uma narrativa que distancia a população em geral da realidade nua e crua da doença. "O estigma e a discriminação aumentam o risco de contrair o HIV e de progressão para a AIDS [...]" (Unaid, 2021, p. 1) ao canalizarem dissidências para os campos da prevenção, tratamento e dos demais tipos de assistência em HIV/aids.

As repercussões sociais da estigmatização e das práticas discriminatórias em relação ao HIV/aids ecoam através de sentimentos de apreensão que interpolam a realidade dos indivíduos suscetíveis, criando um clima que impede as pessoas de buscarem informações, serviços e ferramentas para a prevenção e o tratamento da doença ou de renunciarem a comportamentos sexuais que as defrontam com o risco de infecção. O receio da rotulação e da

marginalização pela sociedade pode levar, então, à hesitação quanto ao uso de metodologias preventivas, à recusa na realização do teste sorológico anti-HIV e à omissão do diagnóstico. Dessa forma, o efeito silenciador do estigma e da discriminação não só prejudica as decisões de saúde individuais, mas também compromete coletivamente a evolução da luta contra o HIV/aids.

Nesse aspecto, dentro do quadro de combate ao estigma e à discriminação associados ao HIV/aids, as políticas públicas se tornam fundamentais na salvaguarda e na promoção dos direitos humanos daqueles que vivem com o vírus e das comunidades em situação de vulnerabilidade. Para o Unaid (2020), as políticas públicas devem edificar um cenário social conformado por valores assentados na inclusão, na antiestigmatização e na ausência de discriminação. Para tanto,

As leis e políticas públicas devem respeitar os princípios de autonomia na tomada de decisões sobre cuidados de saúde; garantir o consentimento livre e informado, a privacidade e confidencialidade; proibir testes obrigatórios de HIV; proibir procedimentos de triagem que não sejam benéficos para a pessoa ou o público; e proibir o tratamento involuntário e requisitos obrigatórios de autorização, e notificação a terceiros (Unaid, 2021).

4 ARCABOUÇO METODOLÓGICO DA AVALIAÇÃO

4.1 Desenho do estudo

O modelo avaliativo escolhido para dar conta do objeto deste estudo foi o da avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008), tendo sido contemplado, para tanto, as dimensões analíticas de conteúdo e contexto. A avaliação em profundidade apresenta-se com um paradigma avaliativo que se contrapõe ao modelo positivista de análise tradicional, situando-se, portanto, no campo da contra-hegemonia, porquanto apoia-se na construção de uma proposta de avaliação de políticas públicas compromissada com a multi e a interdisciplinaridade, orientação esta que revela seu caráter amplo, denso, detalhado, extenso e multidimensional (Rodrigues, 2008).

A avaliação em profundidade intenta, principalmente, identificar sentidos e a significação atribuída às políticas públicas pelos atores envolvidos em sua formulação, execução ou em sua experiencição. Além disso, essa perspectiva avaliativa reconhece a existência de quatro eixos dimensionais que se propõem a analisar as políticas públicas, a saber: conteúdo, contexto, trajetória institucional e espectro temporal e territorial (Rodrigues, 2008).

Para fins deste estudo, conforme salientado, importa conceituar as dimensões analíticas de conteúdo e contexto. Quanto ao conteúdo, são analisados os itens constituintes da formulação da intervenção, seus principais conceitos e referenciais teóricos norteadores, bem como a relação de coerência interna que devem manter entre si. Esse eixo analítico é usualmente captado por meio de documentação institucional oficial fornecida pelas diversas instituições onde se dão as políticas e programas públicos (Rodrigues, 2008).

A análise de contexto se debruça sobre o esforço de captar a reprodução da realidade política e socioeconômica na qual se erigiu determinada intervenção, atentando para a interação entre os diversos níveis federativos. Merece destaque ainda, nessa análise, a relevância da observação do marco legal fundante da intervenção, da compilação de intervenções a ela associadas e da caracterização dos modelos econômico, político e social que estruturaram o arcabouço da intervenção quando da sua criação (Rodrigues, 2008).

Por ser compatível com a estrutura metodológica que sustenta a perspectiva de avaliação adotada, esta pesquisa é classificada como um estudo de caso do tipo descritivo, o qual, segundo Yin (2001), explora a materialidade da forma de apresentação de um fenômeno de essência contemporânea, que é aqui representado pelo programa de PrEP, permitindo sua descrição detalhada e, conseqüentemente, a compreensão de toda a complexidade contextual

inerente à sua implementação em um ambiente organizacional específico, modelado na concretude da realidade.

Considerando que os estudos de caso têm a capacidade de se ajustar às finalidades de descrição, explicação ou exploração dos fenômenos sob análise e que se revestem de um caráter holístico na medida em que podem se valer da combinação tanto de dados quantitativos quanto de qualitativos para a sua execução, incorporando uma variedade de métodos de coleta e análise desses dados (Yin, 2001), a escolha do viés descritivo de investigação condiz com os objetivos inicialmente propostos para a apreensão do objeto avaliativo, uma vez que a prática da pesquisa descritiva permite, de acordo com o entendimento de Gil (2008), documentar, descrever e caracterizar minuciosamente os fenômenos, processos, populações ou acontecimentos observados, o que se torna essencial para fornecer um panorama geral sobre o funcionamento do programa de PrEP, bem como sobre o perfil e o comportamento dos atores envolvidos em sua implementação.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), as pesquisas científicas podem abordar os problemas por meio de análises quantitativas ou qualitativas. As pesquisas quantitativas têm como base o logicismo do pensamento positivista e são direcionadas à quantificação dos fenômenos, reduzindo-os a dados numéricos com o auxílio de aparato estatístico, como forma de descrevê-los a partir do estabelecimento de hipóteses, que devem ser testadas, assim como da medição e correlação entre suas variáveis. Em contraposição, os autores informam que a pesquisa qualitativa atua na captação da subjetividade dos sujeitos em sua relação com a realidade social complexa em que estão inseridos, aprofundando-se na interpretação e na atribuição de significados aos fenômenos que cercam o objeto de estudo.

Essa abordagem mista se justifica, portanto, pela necessidade de uma análise completa do problema que instiga o presente estudo, tendo sido alcançada, por um lado, pela utilização da pesquisa quantitativa como fonte de dados numéricos, os quais foram fundamentais para a quantificação de aspectos-chave do objeto de estudo, como, por exemplo, a cobertura do programa de PrEP do HUWC, e, por outro, com apoio da pesquisa qualitativa, que deu voz aos sujeitos da pesquisa, possibilitando a compreensão aprofundada de perspectivas e experiências de cunho pessoal e profissional, relativas ao programa de PrEP, assim como do contexto em que este tem sido implementado.

Essa estratégia metodológica permitiu que os dados quantitativos obtidos fossem complementados por um alto teor de informações que forjaram o caráter profundo da proposta de avaliação escolhida para comportar o objeto deste estudo, nomeadamente a avaliação em profundidade, a qual é eminentemente qualitativa, o que reforçou ainda mais a importância

desse tipo de abordagem para a pesquisa, garantindo uma avaliação abrangente que se diferencia por sua natureza carregada de inteligibilidade, no que se refere ao deslindamento de questões que não poderiam ser elucidadas por outras propostas avaliativas (Rodrigues, 2016).

4.2 Local da coleta de dados

Adotou-se, para fins investigativos, o HUWC, integrante do conjunto de serviços de saúde que executam o programa de PrEP no estado do Ceará. Localizado na cidade de Fortaleza, o HUWC é um estabelecimento público do nível terciário de atenção à saúde que foi fundado há 64 anos e atualmente integra o Complexo Hospitalar da UFC, sendo gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) desde o ano de 2013 (Ebserh, 2013, 2019).

O HUWC se caracteriza por ser um local de referência no estado do Ceará na oferta de serviços de saúde avançados exclusivamente por meio do SUS, bem como na prática do ensino, contribuindo para a formação de diversos profissionais e da pesquisa na área da saúde. Além disso, o HUWC tem por objetivo de proporcionar cuidados de saúde de alta qualidade para a população (Ebserh, 2013).

O HUWC possui uma estrutura interna que conta com 262 leitos hospitalares e 146 ambulatorios, os quais dividem-se de acordo com os mais diversos tipos de especialidades médicas. Em termos organizacionais, sua estrutura assistencial é disposta em divisões que são responsáveis pela gestão do cuidado, assistência médica, enfermagem e apoio ao diagnóstico e tratamento de doenças, incluindo laboratórios e serviços de imagem. O hospital também é equipado com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e Semi-intensiva para adultos que seguem padrões de qualidade definidos pelo MS (Ebserh, 2013).

Entre a ampla variedade de serviços assistenciais do nível ambulatorial disponíveis no HUWC, destacam-se aqueles relacionados ao tratamento de condições de alta complexidade, tais como traumatologia-ortopedia, neurologia, neurocirurgia e HIV/aids. Já no segmento de assistência hospitalar, a instituição atua prestando atendimento na área de saúde mental e de dependência química, além de fornecer cuidados contínuos para câncer, doenças neurológicas, osteomusculares, do coração, do trato respiratório, do tecido conjuntivo e para as resultantes da aids (Ebserh, 2013).

Segundo a Ebserh (2013, p. 3), a missão do HUWC é “[...] Promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente”. Sendo assim, a missão e a estrutura do HUWC

demonstram o seu compromisso em colocar à disposição da sociedade serviços pautados nos princípios do SUS e nas políticas acadêmicas definidas pela UFC.

4.3 População do estudo e amostra

A população compreendeu dois grupos principais, a saber: todos os usuários cadastrados no programa de PrEP do HUWC de janeiro de 2018 a julho de 2024 e todos os profissionais, das mais diversas áreas, envolvidos na sua implementação durante o período da coleta de dados. De acordo com os dados coletados no Siclom, constam cadastrados atualmente no programa implementado pelo HUWC um total de 145 usuários.

Conforme a pesquisa de campo realizada no ambulatório de infectologia do HUWC, observou-se que a equipe multidisciplinar de saúde que atua na implementação do programa é composta somente por um profissional de medicina, um de enfermagem e um de farmácia. Sendo assim, a população deste estudo compreendeu 148 sujeitos. Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão pré-determinados, chegou-se a uma amostra quantitativa de 70 sujeitos, ao passo que, para a etapa qualitativa do estudo, a amostra restou composta por um montante de 9 sujeitos.

Para a realização da seleção dos 70 sujeitos de pesquisa constantes do bloco quantitativo da amostra, correspondentes aos usuários do programa de PrEP do HUWC, foram utilizados, a título de representação individual, os seus respectivos prontuários eletrônicos e físicos, armazenados, respectivamente, no Siclom e no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (Same).

No que se refere à fase qualitativa do estudo, o pesquisador esteve no ambulatório de infectologia do HUWC acompanhando a rotina de implementação do programa nos dias das consultas de primeira vez e de seguimento em PrEP, ocasião em que ocorreu a seleção dos usuários para as entrevistas, que se deu por conveniência, baseada na busca por uma maior representatividade possível, na disponibilidade e na acessibilidade dos participantes ao local e horário definidos para a pesquisa, tendo sido escolhidos, finalmente, 6 usuários representantes dos mais variados segmentos das populações-chave que compareceram às consultas durante o período definido para a coleta de dados, em conformidade com os objetivos propostos. Essa técnica de seleção também foi escolhida por ser prática e eficiente considerando os limites de tempo e recursos do estudo.

A abordagem dos usuários para a realização das entrevistas foi realizada antes do início de cada consulta de acompanhamento em PrEP, na presença dos profissionais de

medicina e de enfermagem que os assistiam no programa. Posteriormente a uma explicação detalhada sobre a pesquisa, foram selecionados apenas aqueles sujeitos que preencheram os requisitos para serem devidamente incluídos no estudo.

Além dos usuários, ainda na fase qualitativa do estudo, foram realizadas entrevistas com os 3 profissionais das distintas áreas envolvidos na implementação do programa de PrEP no HUWC. Devido à atual configuração da equipe multidisciplinar do programa neste local, que inclui somente um profissional médico, um de enfermagem e um de farmácia, a seleção dos participantes para essas entrevistas foi feita por conveniência, considerando o quantitativo e a disponibilidade dos profissionais citados.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para a etapa quantitativa do estudo, em relação aos usuários, o critério de inclusão foi o seguinte: ter realizado o último retorno para atendimento em um período de até 168 dias, contados retroativamente a partir da data em que se iniciou a coleta de dados quantitativos. Foram excluídos da análise quantitativa os usuários cujos dados estavam ausentes ou registrados de forma inconsistente nos prontuários ou cujos prontuários estavam extraviados, bem como os usuários fora do perfil das populações-chave com maior risco de infecção pelo HIV/aids.

Para a etapa qualitativa do estudo, foram incluídos os usuários que tivessem 18 anos ou mais, de modo a garantir a capacidade legal de consentir com a participação na pesquisa e a autonomia na expressão de suas vivências, assim como estivessem em efetivo acompanhamento no programa de PrEP do HUWC por, pelo menos, seis meses, permitindo a apreensão da experiência do usuário com o serviço. Foram excluídos dessa etapa qualitativa os usuários que não pertencessem às populações-chave com maior risco de infecção pelo HIV/aids.

Em relação aos profissionais envolvidos na implementação do programa de PrEP no HUWC, dado o número limitado desses profissionais para o acompanhamento dos usuários no programa, houve apenas o seguinte critério de inclusão: aceitar participar do estudo, respeitando-se os critérios éticos relativos à pesquisa com seres humanos (Resolução CNS n. 466/2012), não havendo, portanto, critérios de exclusão.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de junho e julho de 2024 por meio de triangulação de métodos, tendo como base pesquisa bibliográfica, de campo, documental, além de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multidisciplinar e com os usuários de PrEP. A adoção da triangulação de métodos como procedimento para coleta de dados se justificou, pois, além de ser uma ferramenta de bastante utilidade para uma pesquisa em avaliação de políticas públicas que foge às inspirações metodológicas tradicionais, caso que se aplica a este estudo, permitiu captar toda a complexidade da ampla gama de variáveis de interesse envolvidas na implementação do programa de PrEP do HUWC, garantindo a abordagem de todas as dimensões possíveis a partir de diferentes pontos de vista (Januzzi, 2016; Minayo, 2005).

Contemplar o fenômeno em estudo considerando o conjunto de matizes que a triangulação de métodos pode assumir significa não só a confirmação ou refutação de hipóteses, como também a sua compreensão profunda, em um contexto de avaliação no qual fatores que dizem respeito a aspectos sociais, econômicos e culturais influenciam o fenômeno de forma interconectada, superando os vieses e as limitações do emprego individual de um método em específico, o que possibilita conferir validade e confiabilidade aos resultados de determinado estudo (Minayo, 2005; Yin, 2001).

Os instrumentos de coleta de dados, tais como o Formulário para Coleta de Dados Sociodemográficos (Apêndice A); o Formulário para Coleta de Dados sobre Abandono (Apêndice B); o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Usuário (Apêndice C); e o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Profissional (Apêndice D) subsidiaram o processo de recolha dos dados. O Formulário para Coleta de Dados Sociodemográficos (Apêndice A) constitui-se de questões que buscaram descrever os dados a partir de classes de variáveis presentes nos diversos formulários e fichas de registro da participação dos usuários no programa (Anexos A e B), armazenados nos respectivos prontuários eletrônicos e impressos. Já o Formulário para Coleta de Dados sobre Abandono é constituído por itens que subsidiaram a coleta exclusivamente por meio dos prontuários eletrônicos (Apêndice B). O Quadro 3, a seguir, mostra a disposição da estrutura desses instrumentos de coleta.

Quadro 3 – Distribuição das classes de variáveis para a coleta de dados em prontuários médicos.

Classe 1	Variável
Perfil sociodemográfico	Sexo ao nascimento
	Identidade de gênero
	Orientação sexual
	Faixa etária
	Raça/Cor
	Escolaridade
	Procedência
	Tipo de atendimento
Classe 2	Variável
Abandono	Número de consultas até o momento do abandono

Fonte: elaborado pelo autor.

Por sua vez, o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Usuário e o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Profissional, dispostos, respectivamente, nos apêndices C e D deste estudo, são instrumentos dotados de quesitos que se prestaram a encaminhar a investigação em sua etapa qualitativa a partir de questões-chave importantes para o esclarecimento do fenômeno em averiguação e, em consequência, para o atendimento dos objetivos de pesquisa.

Salienta-se que, para a execução dos procedimentos relativos à coleta dos dados, houve o consentimento dos participantes, o qual foi obtido conforme as diretrizes estabelecidas em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices E e F). Os TCLEs foram aplicados antes do início de cada consulta. Todos os participantes foram convidados a consentir voluntariamente a sua participação após uma explicação detalhada sobre os objetivos e procedimentos do estudo. A ênfase na natureza voluntária da participação e a garantia de anonimato e sigilo das informações foram destacadas durante o processo de obtenção do consentimento. Salienta-se que todos os participantes tiveram o direito de interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. A realização desse procedimento garantiu a conformidade com os princípios éticos e legais estabelecidos para pesquisa envolvendo seres humanos.

No caso específico das entrevistas com os profissionais, seu agendamento foi feito de acordo com a disponibilidade destes e em horários que não interferiram nas atividades de

atendimento aos usuários e na gestão do programa. A coleta de dados foi realizada em ambiente adequado e previamente acordado.

4.6 Riscos e benefícios

A coleta de dados em prontuários eletrônicos e/ou físicos possui alguns riscos intelectuais e sociais, que incluem: quebra de sigilo e anonimato; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais; perda e danos físicos aos prontuários; e estigmatização pela divulgação de informações, quando houver acesso aos dados de identificação. Para minimizar estes riscos, foi limitado o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; garantida a não violação e a integridade dos documentos, sem incorrer em danos físicos, cópias e/ou rasuras; bem como garantido o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo-se também o compromisso de não publicar o nome dos participantes ou qualquer outra forma que permita a sua identificação individual.

A coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com os usuários do programa de PrEP do HUWC e com os profissionais das mais diversas áreas envolvidos em sua implementação possui alguns riscos intelectuais e sociais, que incluem: quebra de sigilo e anonimato; medo, vergonha, estresse, desconforto, sensação de invasão de privacidade, cansaço e constrangimento por parte dos entrevistados; tomada de tempo do sujeito para participar da entrevista; interferência na vida e na rotina dos participantes; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; e resposta a questões sensíveis sobre a experiência pessoal do usuário com a PrEP e com o atendimento oferecido pelo programa no âmbito do HUWC; sobre gênero, diversidade e saúde sexual e HIV/aids (na visão do usuário); sobre a experiência e prática do profissional na área de HIV/aids e outras ISTs, incluindo o programa de PrEP; sobre as percepções do profissional referentes à implementação do programa no HUWC; e sobre gênero, diversidade e saúde sexual dos usuários (na visão do profissional).

Para minimizar estes riscos, foram garantidas explicações necessárias aos participantes para responder às questões das entrevistas; foi garantido o sigilo em relação às respostas dos participantes, que foram consideradas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; garantida a liberdade para o participante não responder questões constrangedoras; garantida a obtenção de informações estritamente necessárias à pesquisa; garantido que não haveria interferência do pesquisador nos procedimentos habituais do local de estudo ou na vida dos participantes; garantido aos participantes a liberdade de se recusar a

ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte do pesquisador; garantida uma abordagem cautelosa aos participantes, considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças, bem como promovendo a privacidade deles em ambiente tranquilo e seguro.

Foi garantido, ainda, aos participantes, o direito de acesso completo ao teor do roteiro para entrevista, antes dos mesmos responderem as perguntas, para uma tomada de decisão informada; garantido aos participantes que, somente após a sua permissão, a entrevista seria iniciada; garantido o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes ou de evitar qualquer outra forma que permita a sua identificação individual; garantida a retirada do consentimento prévio dos participantes ou simplesmente a interrupção das entrevistas, caso eles desistissem de participar da pesquisa; e que ter-se-ia atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto.

Além disso, os participantes foram esclarecidos e informados a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejassem, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprios; assegurou-se a confidencialidade e a privacidade, além da não estigmatização dos participantes, garantindo a não utilização das informações em prejuízo destes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiros; e assegurou-se, ainda, aos participantes, caso necessitassem, a assistência de outros profissionais de saúde, com responsabilização pelos recursos financeiros da assistência.

Os riscos deste estudo foram justificáveis pois proporcionaram benefícios que tiveram o potencial de contribuir para uma compreensão mais aprofundada do funcionamento do programa de PrEP do HUWC, permitindo uma análise crítica e fornecendo elementos substanciais para a realização de possíveis aprimoramentos programáticos. Além disso, considera-se que este estudo facilitou a identificação de lacunas no atendimento às populações mais vulneráveis ao HIV/aids, promovendo reflexões importantes que possam subsidiar melhorias nas políticas de prevenção a nível local e, talvez, até nacional. No entanto, é importante ressaltar que os benefícios diretos aos participantes eventualmente não incluíram retorno social ou acesso imediato a procedimentos ou produtos específicos relacionados ao estudo. Os principais ganhos residem na possibilidade de avanços na área da saúde pública, o que pode, indiretamente, impactar de modo positivo a qualidade de vida dos usuários da PrEP e a abordagem de prevenção ao HIV/aids implementada hodiernamente no âmbito do programa de PrEP do HUWC.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados quantitativos coletados em campo foi realizada com base em métodos específicos típicos da descrição estatística por meio da utilização dos programas informáticos *Microsoft Excel*, versão 2023, e *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0, os quais foram empregados para a devida mensuração das variáveis e edição de estatísticas. Paralelamente, para esta finalidade, no que tange aos dados qualitativos, seu tratamento foi norteado pelos preceitos da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), responsável pela identificação de temas que emergiram dos dados coletados.

A estatística descritiva foi utilizada para estimar a cobertura do programa de PrEP do HUWC entre as populações-chave, partindo da descrição das variáveis indicativas das suas características sociodemográficas, bem como para estimar o grau de abandono ao programa por meio da análise da frequência de consultas de acompanhamento dos usuários em situação de descontinuidade do uso da profilaxia.

Já a análise temática, de acordo com Braun e Clarke (2006), é uma forma rigorosa e sistemática de analisar dados qualitativos, buscando identificar, interpretar e apresentar padrões de significado (temas) dentro do conjunto de dados. Essa técnica, embora seja frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas, é pouco demarcada e reconhecida como um método de análise específico. No entanto, as autoras defendem sua importância e utilidade para pesquisas que buscam interpretar e descrever os dados de forma rica e detalhada, aprofundando a análise dos significados presentes nas falas dos participantes e organizando-os em temas relevantes para a pesquisa.

A escolha da análise temática como método de análise para este estudo justificou-se por sua flexibilidade e capacidade de se adequar a diferentes tipos de pesquisa, bem como a diferentes paradigmas epistemológicos. Braun e Clarke (2006) destacam que a análise temática pode ser utilizada tanto em pesquisas que visam apenas descrever os dados de forma organizada, quanto em pesquisas que buscam uma análise mais interpretativa, que relaciona os dados com a literatura e com questões mais amplas. Essa versatilidade do método permite que ele seja aplicado em uma variedade de contextos de pesquisa, incluindo estudos de caso, pesquisas fenomenológicas e pesquisas de cunho social.

O processo de análise temática, segundo Braun e Clarke (2006), se estrutura em seis fases, a saber: (a) familiarização com os dados; (b) geração de códigos iniciais; (c) busca por temas; (d) revisão dos temas; (e) definição e nomeação dos temas; e (f) produção do relatório. Essas fases, embora sejam apresentadas de forma sequencial, não representam um processo

linear e rígido. Ao contrário, a análise temática é um processo interativo, no qual o pesquisador pode revisitar fases anteriores e realizar ajustes à medida que se aprofunda na análise dos dados.

No presente estudo, a análise temática das entrevistas com profissionais e usuários de PrEP seguiu as etapas citadas acima, buscando uma interpretação cuidadosa dos dados. As entrevistas foram transcritas e examinadas por meio de leituras flutuantes¹², buscando uma imersão no material e a identificação de unidades de significado (códigos) relevantes. Os códigos foram então agrupados em temas, que foram revisados e refinados para garantir a qualidade da análise. Os temas foram definidos e nomeados, buscando uma representação clara dos padrões identificados nas entrevistas. Os resultados da análise foram apresentados em uma síntese interpretativa, ilustrada com trechos das entrevistas, buscando aprofundar a compreensão sobre o programa de PrEP no HUWC.

Vale salientar que a análise temática, por ser um método flexível, permite a análise tanto em um nível semântico, que se concentra nos significados explícitos das falas, quanto em um nível latente, que busca interpretar os significados implícitos e as suposições subjacentes aos discursos. No presente estudo, a análise foi realizada em ambos os níveis, objetivando uma compreensão abrangente das percepções, experiências e fatores que influenciam a efetividade do programa de PrEP.

A partir da análise das entrevistas com profissionais, emergiram seis categorias temáticas que foram discutidas em detalhes nos resultados da pesquisa: (a) conhecimentos técnico-científicos norteadores da atuação profissional; (b) gestão das atividades programáticas; (c) estrutura dos recursos; (d) abordagem do atendimento; (e) acesso ao programa de PrEP; e (f) representações sociais acerca dos usuários e da PrEP.

A análise das entrevistas com usuários resultou, por sua vez, na identificação de quatro temas principais, que também foram apresentados e discutidos nos resultados desta pesquisa: (a) acesso ao programa de PrEP; (b) qualidade do atendimento; (c) adesão à PrEP; e (d) redes sociais de apoio.

¹² O termo "leituras flutuantes" refere-se a uma abordagem qualitativa inicial em que o pesquisador realiza uma leitura exploratória do material coletado sem aplicar categorias pré-definidas. O objetivo é permitir uma imersão nos dados, identificando padrões, temas emergentes e possíveis conexões. Essa prática é frequentemente utilizada em análises temáticas ou em estudos de natureza interpretativa para garantir que as categorias de análise surjam a partir dos dados, e não apenas de pressupostos teóricos (Braun; Clarke, 2006). No contexto deste estudo, as "leituras flutuantes" servem como um passo preliminar para a organização e interpretação dos dados qualitativos, como as entrevistas semiestruturadas. Esse método ajuda a revelar aspectos importantes que podem passar despercebidos em abordagens mais estruturadas.

A matriz contendo os exemplos a seguir representa o modo como os dados qualitativos foram tratados para a execução do processo de análise temática.

Quadro 4 – Instrumento de análise do material empírico qualitativo.

Extrato de dados	Código	Tema
<i>[...] o treinamento foi lendo o PCDT mesmo através de, vamos dizer assim, uma passagem, entre aspas, de bastão da Borboleta pra mim. Eu não fiz o treinamento em si, foi tudo virtual, mas não teve nada presencial, baseado nos documentos e tudo (P3).</i>	Autoformação do profissional	Conhecimentos técnico-científicos norteadores da atuação profissional
<i>[...] fiz um treinamento no próprio sistema do Ministério, existe um programa específico para farmacêuticos [...] (P2).</i>	Treinamento formal <i>on-line</i>	
<i>[...] quem me treinou foi a própria médica com um enfermeiro que tava saindo do serviço, [...] eu acompanhei algumas consultas com a médica e com o enfermeiro [...] (P1).</i>	Treinamento informal com outros profissionais	
<i>E aí assim, eu acho o processo um tanto demorado, burocrático, poderia facilitar, já pensei de desistir, já pensei em desistir pela burocracia, mas a proteção, enfim, me faz... (U2).</i>	Burocracia no atendimento	Qualidade do Atendimento
<i>Basicamente o que ela faz é isso: fazer o teste rápido de HIV (U5).</i>	Tecnicidade do atendimento	
<i>O pessoal do PrEP é tudo fantástico, sem problema nenhum. Não tem o que reclamar (U1).</i>	Satisfação com o atendimento	
<i>Ela me dá uma liberdade assim que eu creio que ela não seja uma médica, pra mim ela é mais uma psicóloga, porque a gente conversa de tudo e ela me orienta sem criticar, sem me julgar (U6).</i>	Atendimento humanizado Atendimento baseado na autonomia do usuário	

Fonte: elaborado para fins deste estudo.

O arcabouço teórico que deu suporte à elaboração das análises dos dados coletados esteve fundamentado nas categorias analíticas que foram utilizadas na descrição, explicação e julgamento do objeto deste estudo, entre as quais citam-se: acesso à saúde, equidade, vulnerabilidade e estigma, preconceito e discriminação.

4.8 Forma de apresentação dos resultados

Os resultados obtidos foram apresentados por meio de tabelas e gráficos, em forma de números absolutos e percentuais, de transcrições de fragmentos das falas dos integrantes da amostra, bem como de narrações de fatos observados considerados importantes. Em seguida, os resultados foram discutidos com base na literatura específica atual.

4.9 Aspectos éticos

Foram respeitadas as determinações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), especificamente a Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, evitando danos de qualquer natureza aos envolvidos. O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC e aprovado sob o Parecer n. 6.570.956, datado de 11 de dezembro de 2023 (Anexo C). Ademais, não houve qualquer ônus financeiro para o HUWC.

A fim de preservar o anonimato dos participantes e garantir a confidencialidade das informações coletadas, adotou-se um sistema de codificação para identificação dos entrevistados. Os profissionais entrevistados foram representados pela letra P, seguida de um número cardinal, enquanto os usuários de PrEP foram codificados pela letra U, também sucedida por um número cardinal. Esses números cardinais indicam a ordem cronológica de realização das respectivas entrevistas.

Para ocultar nomes de terceiros mencionados durante as entrevistas, procedeu-se à sua substituição por nomes de animais, como forma de garantir o anonimato e evitar qualquer associação direta com os indivíduos citados. Essa estratégia visou proteger a identidade dos participantes e assegurar a privacidade das informações compartilhadas durante as entrevistas.

5 SÍNTESE DA AVALIAÇÃO

5.1 Cobertura e abandono ao programa de PrEP

A coleta de dados quantitativos revelou que do total de 145 pacientes cadastrados como usuários de PrEP no HUWC desde o ano de 2018, ano em que a profilaxia passou a ser implementada na unidade de saúde, até o momento em que este estudo foi realizado, somente 70 sujeitos ainda se encontravam em plena atividade no respectivo programa, valor este que representa a amostra do bloco quantitativo do estudo. Ressaltamos que ainda existiam dois sujeitos ativos no programa, no entanto, tais indivíduos foram excluídos da amostra, haja vista que a incompletude dos registros de seus dados nos prontuários eletrônicos e a não localização de seus prontuários físicos pelo Same impediram a determinação de seu pertencimento às populações-chaves no contexto da epidemia de HIV/aids no Brasil, premissa básica em que se alicerçam os objetivos do estudo. Por outro lado, constatou-se que 73 sujeitos estavam em situação de descontinuidade do uso da PrEP, ou seja, em abandono do respectivo programa.

Sendo assim, os resultados quantitativos do estudo relativos ao perfil sociodemográfico dos usuários atendidos no programa de PrEP do HUWC foram analisados com base em uma amostra de 70 indivíduos. Em termos de sexo ao nascimento, a maioria dos participantes ($n = 46$; 65,7%) não apresentou registro dessa informação em seus prontuários eletrônicos ou físicos, enquanto 31,4% ($n = 22$) eram do sexo masculino e apenas 2,9% ($n = 2$) do sexo feminino.

No que diz respeito à identidade de gênero, a maioria dos usuários identificou-se como homens cis, representando 85,7% ($n = 60$) da amostra, enquanto apenas 11,4% ($n = 8$) eram mulheres cis e 2,9% ($n = 2$) mulheres trans. Quando analisamos a orientação sexual, a maior parte dos indivíduos ($n = 54$; 77,1%) identificou-se como homossexual, englobando gays e lésbicas. Em contrapartida, 12,9% ($n = 9$) se declararam bissexuais e 10% ($n = 7$) heterossexuais.

A idade dos usuários teve uma variação entre 24 e 59 anos, bem como média geral de 36,6 anos, considerando-se um desvio padrão (dp) de 8,2. Ao observar a distribuição por faixa etária, evidenciou-se que a maior concentração, 47,1% ($n = 33$), dos usuários situa-se na faixa de 30 a 39 anos, seguido por 25,7% ($n = 18$) integrantes do grupo etário de 40 a 49 anos, 20% ($n = 14$) na faixa de 24 a 29 anos e 7,1% ($n = 5$) com 50 anos ou mais.

A análise sobre raça/cor mostrou que a maioria dos participantes se identifica como pardos ($n = 52$; 74,3%), seguida por brancos ($n = 16$; 22,9%) e, em proporção menor, como

pretos (n = 2; 2,9%). Quanto ao nível educacional, a maior parte dos usuários (n = 56; 80%) possui ensino superior, seja completo ou incompleto, enquanto 15,7% (n = 11) apresentam ensino fundamental completo ou ensino médio e apenas 2,9% (n = 2) têm apenas a 4ª até a 7ª série do ensino fundamental. Um único usuário da amostra (1,4%) não tem nenhuma educação formal.

No que tange à localização, a maioria dos usuários (n = 56; 80%) reside em Fortaleza, enquanto apenas 20% estão distribuídos entre a região metropolitana de Fortaleza (n = 7; 10%), o interior do estado do Ceará (n = 3; 4,3%) e outros estados da federação (n = 3; 4,3%). Além disso, todos os usuários (100%) obtêm a prescrição da PrEP por meio de atendimento público.

A tabela 1, a seguir, traz uma noção, portanto, do espectro de cobertura do programa de PrEP do HUWC a partir da caracterização dos usuários efetivamente atendidos, segundo os seus atributos sociodemográficos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto ao perfil sociodemográfico dos usuários ativos no programa de PrEP do HUWC. Fortaleza – CE, 2024.

		(continua)
Sexo ao nascimento	n	(%)
Feminino	2	2,9
Masculino	22	31,4
Sem registro	46	65,7
Total	70	100,0
Identidade de gênero	n	(%)
Homem cis	60	85,7
Mulher cis	8	11,4
Mulher trans	2	2,9
Total	70	100,0
Orientação sexual	n	(%)
Bissexual	9	12,9
Heterossexual	7	10,0
Homossexual/Gay/Lésbica	54	77,1
Total	70	100,0
Faixa etária	n	(%)
24 - 29	14	20,0
30 - 39	33	47,1
40 - 49	18	25,7
≥ 50	5	7,1
Total	70	100,0
Raça/Cor	n	(%)
Branca	16	22,9
Parda	52	74,3

		(conclusão)
Raça/Cor	n	(%)
Preta	2	2,9
Total	70	100,0
Escolaridade	n	(%)
Da 4ª série à 7ª série do ensino fundamental	2	2,9
Ensino fundamental completo ou ensino médio	11	15,7
Ensino superior completo ou incompleto	56	80,0
Nenhuma/Sem educação formal	1	1,4
Total	70	100,0
Localidade de residência	n	(%)
Fortaleza	56	80,0
Interior do estado do Ceará	3	4,3
Outros estados da federação	3	4,3
Região Metropolitana de Fortaleza	7	10,0
Sem registro	1	1,4
Total	70	100,0
Tipo de atendimento	n	(%)
Público	70	100,0
Total	70	100,0

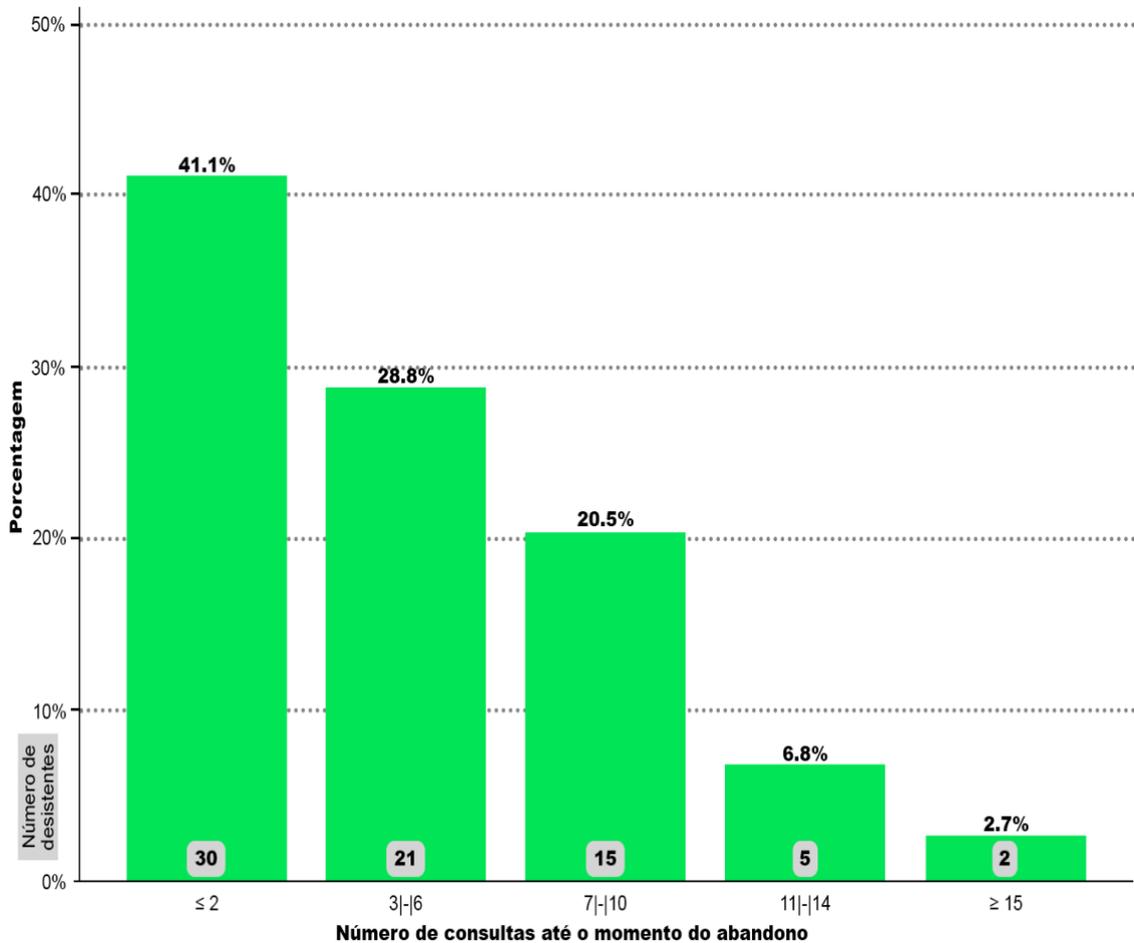
Fonte: elaborado para fins deste estudo.

Considerando o somatório da amostra e do número total de usuários descontinuados do uso de PrEP, verificou-se que a maioria ($n = 73$; 51%) dos sujeitos que procurou a PrEP durante toda a série temporal de existência e implementação do respectivo programa no HUWC abandonou o seu uso. Quanto aos 73 usuários que incorreram em descontinuidade do tratamento preventivo, estimou-se que a frequência de consultas destes até o momento do abandono variou entre 1 e 22 atendimentos, perfazendo uma média geral de comparecimento à 5,0 consultas de acompanhamento ($dp = 4,2$), quantitativo este equivalente a 13 meses de permanência no programa.

No entanto, constatou-se que a maioria dos usuários em situação de abandono ($n = 30$; 41,7%), descontinuaram o uso de PrEP tendo comparecido até o máximo de 2 consultas de acompanhamento, ou seja, a maior parte das evasões ao programa se deu entre o período de tempo compreendido entre a consulta inicial e a de retorno de 30 dias, seguido daqueles que em que a descontinuidade se deu após o comparecimento a uma faixa de 3 a 6 consultas ($n = 21$; 28,8%), de 7 a 10 consultas ($n = 10$; 20,5%), de 11 a 14 consultas ($n = 5$; 6,8%) e após 15 ou mais consultas ($n = 2$; 2,7%).

O gráfico 1, a seguir, retrata a evolução do número de consultas de acompanhamento dos usuários em situação de abandono durante o período de tempo em que estiveram ativos no programa de PrEP implementado pelo HUWC.

Gráfico 1 - Distribuição do número de consultas de acompanhamento relativas aos usuários que abandonaram o programa de PrEP do HUWC. Fortaleza – CE, 2024.



Fonte: elaborado para fins deste estudo.

Cumprir frisar que, de acordo com os resultados deste estudo, foram verificadas ausência e incorreção de registros de dados nos prontuários dos usuários de PrEP do HUWC, o que se configura como uma das principais vulnerabilidades que podem comprometer a gestão do programa e o processo de monitoramento contínuo e avaliação de suas ações, coadunando-se ao que Ayres *et al.* (2006) conceituam como vulnerabilidade programática, enquanto geradora de falhas nas políticas públicas que concorrem para debilitar os indivíduos frente ao risco de infecção pelo HIV/aids.

Essa ausência de dados essenciais, como, por exemplo, informações sociodemográficas, tende a prejudicar a capacidade dos gestores e profissionais de saúde de

monitorar adequadamente os usuários, avaliar a eficácia das intervenções e ajustar as estratégias do programa conforme necessário. No contexto da PrEP, onde a continuidade e o acompanhamento rigoroso são indispensáveis ao sucesso da profilaxia, essas lacunas de informações representam um sério desafio.

O preenchimento inadequado, ou a falta deste, dos formulários de cadastramento dos usuários de PrEP no SUS é um problema que se considera particularmente grave. De acordo com as orientações estabelecidas nos formulários de cadastro (anexos A e B), campos como o sexo designado ao nascimento são de preenchimento obrigatório, refletindo a necessidade de se manter um banco de dados completo e fiel à realidade dos usuários. No entanto, a prática no HUWC mostrou que essas orientações nem sempre são seguidas rigorosamente, podendo resultar em inconsistências que afetem diretamente a gestão do programa. A falta de rigor no preenchimento desses dados impede uma análise detalhada dos perfis de vulnerabilidade dos usuários, o que é fundamental para a alocação de recursos e para aumentar a eficácia do programa de PrEP da unidade.

Situações peculiares observadas durante a pesquisa de campo destacam ainda mais as consequências dessas falhas de registro. Em uma das entrevistas realizadas pelo pesquisador, foi perceptível que o indivíduo entrevistado pertencia à raça/cor branca. No entanto, ao verificar os registros no Siclom, constatou-se que a raça/cor do paciente havia sido registrada como parda. Essa discrepância entre a observação direta e o registro oficial ilustra como a inconsistência de dados pode distorcer as análises sociodemográficas e levar a equívocos na implementação de políticas específicas para determinados grupos.

O pesquisador também se deparou com uma incoerência significativa: o registro de municípios de residência localizados em cidades de outros estados do país. Essa inconsistência suscita questionamentos sobre a precisão e a veracidade dos dados cadastrados, uma vez que não é razoável supor que um usuário esteja regularmente fazendo uso de PrEP em Fortaleza, no programa do HUWC, e, ao mesmo tempo, tenha sua residência oficialmente documentada em outro estado. Tal situação pode ser indicativa de falhas no preenchimento dos formulários ou possíveis erros na migração de dados entre sistemas, o que compromete a integridade das informações e pode gerar implicações sérias para o monitoramento e a avaliação do programa.

Outra situação digna de nota envolveu a orientação sexual de um usuário do programa. Durante a entrevista, o indivíduo identificou-se como *gay*. Contudo, ao consultar seu cadastro no Siclom, verificou-se que estava registrado como bissexual. Esse tipo de erro compromete a análise dos dados relativos à orientação sexual dos usuários, que é importante para o desenvolvimento de estratégias específicas para grupos prioritários na prevenção do

HIV/aids. A deturpação de informações tão relevantes pode levar à sub-representação ou super-representação de determinados grupos, interferindo negativamente nas políticas de prevenção.

Além disso, houve um caso em que o cadastro de um usuário no Siclom indicava que ele não possuía nenhum grau de escolaridade. Entretanto, durante a observação da consulta de acompanhamento em PrEP, ficou evidente para o pesquisador que o referido usuário possuía algum nível de escolarização, dada a sua visível compreensão leitora. Essa inconsistência de dados prejudica o entendimento do perfil educacional dos usuários da PrEP, que é um indicador importante para avaliar o acesso e a adesão ao programa, especialmente entre populações de menor escolaridade, as quais geralmente apresentam maior vulnerabilidade social.

Essas falhas de registro não apenas distorcem a compreensão dos perfis dos usuários, mas também tendem a comprometer a estabilidade do programa de PrEP do HUWC. O monitoramento contínuo e a avaliação de um programa de saúde pública dependem, em certa medida, de dados precisos e completos, que permitam a identificação de falhas, a medição de resultados e a formulação de intervenções corretivas. Quando os registros são imprecisos ou incompletos, os gestores do programa ficam impossibilitados de realizar análises detalhadas e de propor melhorias baseadas em evidências, comprometendo a performance do programa.

Todavia, é importante considerar que as incoerências observadas, por exemplo, nos registros de raça/cor e orientação sexual dos usuários também podem estar ligadas a mudanças nas percepções individuais desses aspectos ao longo do tempo. No caso da raça/cor, a diferença entre a observação direta feita pelo pesquisador e o registro oficial pode refletir uma percepção circunstancial do usuário sobre sua identidade racial no momento em que o cadastro foi originalmente preenchido, a qual divergiu da leitura da realidade realizada pelo pesquisador.

De maneira similar, a atualização de realidade para a orientação sexual de um usuário, que anteriormente se identificava como bissexual e posteriormente se declarou como *gay*, denota que essas características podem ser fluidas e suscetíveis a reavaliações pessoais ao longo do tempo. Essa possibilidade, por conseguinte, não deve ser descartada, pois tais mudanças na autopercepção podem ter gerado registros que destoam da realidade atual ou da visão do pesquisador, revelando a complexidade inerente ao processo de categorização e identificação de aspectos tão pessoais como raça/cor e orientação sexual.

No estudo realizado por Brasil (2019), que envolveu a análise no âmbito da implementação da PrEP no SUS em todo o país no período de janeiro a dezembro de 2018, foi observado que dos 6.887 indivíduos que procuraram por PrEP nos serviços públicos de saúde, 6.088 efetivamente deram início ao tratamento preventivo e 4.907 se mantiveram ativos no uso da profilaxia ao final do período analisado, perfazendo uma taxa de abandono de 19%. O

presente estudo mostra um perfil de adesão também relevante, em que o índice de adesão inicial à PrEP pode ser comparado ao cenário nacional descrito por Brasil (2019), ao passo que o contexto local aponta para uma descontinuidade significativa concentrada principalmente nos dois primeiros meses de acompanhamento, semelhante ao que fora detectado na esfera nacional pelo autor. Contudo, no HUWC, durante o período de implementação do programa de PrEP, nota-se que o movimento de abandono superou em mais da metade a frequência de permanência dos usuários no programa.

Em termos de orientação sexual, Brasil (2019) observou que 78% dos usuários de PrEP no Brasil eram gays e HSH cisgêneros. Esse padrão é refletido de forma similar no HUWC, onde a maioria dos usuários pertence a essas categorias. A distribuição por faixa etária, conforme Brasil (2019), mostra que a maior parte dos usuários de PrEP no Brasil tinham entre 30 e 39 anos, sendo essa a faixa etária predominante também no presente estudo. Por outro lado, no HUWC, a faixa de 24 a 29 anos, que inclui os jovens, tem uma representatividade menor, sendo uma das menos presentes na amostra, achado que também encontra correspondência no levantamento feito por Brasil (2019). Esse contraste indica que o programa de PrEP do HUWC vem atingindo menos indivíduos dessa faixa etária, o que é preocupante no contexto de prevenção ao HIV/aids, dado o aumento do número de infecções na faixa etária dos 15 aos 29 anos, conforme destacado nas considerações de Brasil (2022), o que pode assinalar dificuldades no acesso ao programa para esse grupo específico, colocando, assim, essa população no foco das estratégias preventivas na área do HIV/aids.

Com base no exposto por Ayres *et al.* (2003, 2006) e Zucchi *et al.* (2018), infere-se que a relativa baixa adesão dos jovens ao programa de PrEP do HUWC pode ser explicada por vários fatores, incluindo o estigma associado ao uso de profilaxias relacionadas ao HIV, a falta de informação adequada e acessível sobre a PrEP, bem como as dificuldades logísticas ou pessoais que os jovens enfrentam para acessar os serviços de saúde. Essas barreiras, muitas vezes enraizadas em vulnerabilidades sociais e programáticas, limitam a eficácia das políticas de saúde que visam reduzir a transmissão do HIV/aids nessa faixa etária.

Ademais, a menor participação de indivíduos com 50 anos ou mais no programa de PrEP do HUWC, que também foi identificada no estudo nacional, levanta preocupações sobre a subutilização da PrEP por essa população. Tradicionalmente, as campanhas de prevenção ao HIV têm se concentrado em populações mais jovens, muitas vezes negligenciando a relevância do risco de infecção entre os mais velhos. No entanto, as mudanças nos comportamentos sexuais, a maior longevidade e a disponibilidade de tratamentos para disfunções sexuais têm aumentado a atividade sexual nessa faixa etária, sem que, contudo, haja uma correspondente

conscientização sobre os riscos de infecção pelo HIV. A representatividade baixa de pessoas com 50 anos ou mais no programa de PrEP do HUWC pode, assim, refletir tanto questões relacionadas ao acesso quanto uma subestimação do risco por parte desses indivíduos ou, até mesmo, uma possível falta de direcionamento específico das políticas de saúde pública em HIV/aids para esses indivíduos.

O fato de pessoas com 50 anos ou mais terem pouco acesso ao programa de PrEP do HUWC não significa, necessariamente, que estejam em menor risco de infecção pelo HIV. Pelo contrário, a falta de informação e a menor exposição a campanhas preventivas focadas nesse público podem aumentar as suas vulnerabilidades. Além disso, fatores como o estigma relacionado ao envelhecimento e à sexualidade, combinados com barreiras ao acesso a serviços de saúde sexual, podem contribuir para a baixa adesão e, conseqüentemente, para a menor representatividade dessas pessoas em programas preventivos como o de PrEP.

Quanto à escolaridade, no estudo de Brasil (2019) a maioria dos usuários de PrEP no Brasil possui 12 anos ou mais de estudo, representando uma taxa de 75%. O programa de PrEP do HUWC reflete esse cenário, confirmando que a profilaxia tende a ser mais acessível a indivíduos com maior nível de escolaridade. Da análise racial tem-se que, de acordo com Brasil (2019), no Brasil, a maioria dos usuários de PrEP se declarou branca ou amarela. Porém, no estado do Ceará, onde o HUWC está localizado, 69% dos usuários de PrEP se identificaram como negros, inclusos os pretos e os pardos, com prevalência de usuários pardos, o que sugere uma coerência com os dados nacionais e reforça a importância de considerar as especificidades regionais na implementação de programas de saúde pública de prevenção ao HIV/aids.

Localmente, considerando os resultados do estudo conduzido por França (2021), que objetivou analisar a PrEP em três unidades de saúde especializadas do estado do Ceará, tem-se que sua amostra foi composta por 231 indivíduos, a maioria destes possuidores de genitália masculina, homossexuais, de raça/cor parda, com média de idade de 32 anos, residentes em Fortaleza e com um nível de escolaridade relativamente elevado (12 anos ou mais de estudo). Esses dados demonstram um perfil sociodemográfico que, em vários aspectos, se assemelha aos resultados encontrados no HUWC.

Um outro aspecto que merece destaque é a semelhança do tempo médio de permanência nos programas de PrEP. No presente estudo, os usuários permaneceram em média 13 meses no programa, enquanto na pesquisa de França (2021) esse tempo foi de 15 meses. O tempo de permanência no programa é um indicador de qualidade importante para avaliar a própria adequação do programa, bem como a efetividade da PrEP, já que está, em termos proporcionais, diretamente relacionado à proteção contínua contra o HIV. Nesse sentido,

convém ressaltar que, no contexto do HUWC, as vulnerabilidades individual, social e, sobretudo, a programática, referidas por Ayres *et al.* (2003, 2006), manifestam-se de maneira evidente no abandono precoce dos usuários da PrEP, que muitas vezes se limitam a uma ou duas consultas de acompanhamento.

Em relação à localização geográfica, ambos os estudos revelaram que a maioria dos usuários de PrEP reside em Fortaleza, reforçando a tendência de centralização do acesso à PrEP nas áreas urbanas, conforme já detectado e exposto no estudo de Polidoro *et al.* (2020). Essa concentração urbana pode ser explicada pela centralização dos serviços de saúde especializados na capital, o que sugere um possível desafio de acesso à PrEP para populações mais distantes dos grandes centros urbanos.

Adicionalmente, o presente estudo evidenciou que todos os usuários obtêm a prescrição da PrEP pelo sistema público de saúde, coincidindo com o objetivo do SUS de garantir o componente universal do acesso à saúde, conforme normatizado por Brasil ([2023]). Porém, para fins de compreensão apenas desse achado, consideram-se, neste ponto, distintas as concepções de universalidade e de equidade do acesso à saúde, na medida em que a noção desta última adentra o plano da igualdade do uso de serviços de saúde, como bem enfatizado por Travassos e Castro (2012), cujo atendimento não pode ser garantido analisando-se o resultado em questão de forma isolada. No entanto, a presença indiscutível da universalidade do acesso é vital para a avaliação da efetividade do programa de PrEP do HUWC, visto que a saúde pública deve funcionar como um catalisador na busca por redução das taxas de transmissão do HIV/aids.

O princípio da equidade, conforme destacado por Brasil (2017d), visa assegurar que intervenções como a PrEP estejam acessíveis para pessoas com acentuada chance de contaminação pelo HIV/aids, principalmente aquelas que têm acesso limitado aos serviços de saúde, que são socioeconomicamente desfavorecidas ou que são mais vulneráveis ao preconceito e ao estigma. Diante do exposto, percebe-se que a análise dos dados quantitativos deste estudo revela um perfil sociodemográfico de usuários que, em sua maioria, não reflete totalmente esse princípio, alinhando-se, parcialmente, às diretrizes enfatizadas por Brasil (2017d).

O perfil predominante dos usuários atendidos no programa de PrEP do HUWC demonstra que uma parcela considerável é formada por homens cis e, em particular, por homens cis gays/homossexuais. Esses achados não deixam de estar, portanto, em consonância com as considerações de Brasil (2017d), o qual enfatiza, conforme salientado, a urgência de garantir a PrEP para grupos prioritários como esses, os quais se situam na zona de maior vulnerabilidade

ao HIV/aids e historicamente enfrentam barreiras significativas no acesso à saúde. Contudo, a predominância de homens desse grupo não deve obscurecer a necessidade de atenção a outros segmentos vulneráveis, como mulheres cis, pessoas trans, jovens e indivíduos pretos, haja vista a sua menor participação na população usuária ativa do programa de PrEP do HUWC. A intensa participação de indivíduos gays/homossexuais no programa confirma a tendência ao uso da biomedicalização para o controle homossexualidade¹³ na atualidade, conforme pontuado por Barp e Mitjavila (2020).

Evoca-se, com fulcro no princípio da equidade, a que fazem menção também Neri e Soares (2002) e Travassos e Castro (2012), a necessidade de um olhar crítico sobre as barreiras que limitam a inclusão de grupos racialmente marginalizados. A literatura acerca da saúde pública no Brasil reconhece que as disparidades raciais são uma questão premente, uma vez que as populações negras, constituídas por pretos e pardos, frequentemente enfrentam não apenas dificuldades financeiras, mas também um estigma enraizado que impede a busca por cuidados preventivos, incluindo a PrEP. No HUWC, a taxa de participação de pessoas pretas no programa é um aspecto que deve ser monitorado com atenção, dada a complexa intersecção entre raça, condição socioeconômica e acesso a serviços de saúde como elementos que participam do processo de vulnerabilização social dos indivíduos ao HIV/aids, consoante argumentado por Ayres *et al.* (2006).

Isso se justifica pois, apesar do perfil racial dos participantes do estudo refletir uma maioria de indivíduos que se identificam como pardos, há ainda uma pequena porcentagem de pretos. Embora a presença da parditude, enquanto integrante do colorismo negro, seja significativa, a baixa representação de indivíduos pretos pode indicar uma subutilização da PrEP por essa população, significando uma provável violação ao princípio da equidade levantado por Brasil (2017d). Essa constatação vai ao encontro ainda do que foi destacado por Zucchi *et al.* (2018), ao explicitarem a relação da raça/cor negra, embora considerada no todo, com uma maior predisposição a não adesão à ação programática da PrEP.

¹³ A "biomedicalização para o controle da homossexualidade" refere-se a um processo em que a medicina exerce um papel central na regulação das práticas e identidades homossexuais, especialmente no contexto das políticas de prevenção ao HIV/aids. Segundo Barp e Mitjavila (2020), a introdução da PrEP marca um reaparecimento da homossexualidade nos consultórios médicos, agora configurado como objeto de vigilância disciplinar e biopolítica. Nesse contexto, a homossexualidade masculina deixa de ser controlada como uma patologia ou perversão, como ocorria nos paradigmas anteriores, e passa a ser administrada como uma prática de risco a ser controlada pela medicina. Essa regulação ocorre por meio da individualização e responsabilização dos sujeitos pelo cuidado de si, evidenciada nas exigências de adesão ao tratamento e no monitoramento médico periódico. Assim, a PrEP não apenas contribui para a prevenção do HIV, mas também cria novas formas de normatização e documentação das experiências sexuais dos indivíduos, situando a homossexualidade em um campo de gestão epidemiológica e social, fundamentado pela biomedicina.

Conforme visto anteriormente, a maioria dos usuários da PrEP no HUWC possui um nível educacional elevado, com 80% deles tendo completado ou estando em processo de completar o ensino superior. Isso também contrasta diretamente com a noção de equidade defendida por Brasil (2017d), uma vez que uma maior escolarização implica, em tese, uma capacidade cognitiva que pode facilitar o entendimento sobre a PrEP e sua importância e, dependendo da classe socioeconômica, o acesso a informações e serviços de saúde varia drasticamente.

Sob a luz do modelo teórico de acesso de Andersen (1995), esses dados supõem uma possível falha no acesso ao programa, em face da reduzida participação de indivíduos menos privilegiados socialmente, que são os que mais necessitam de intervenções de prevenção eficazes contra o HIV/aids, devido à sua alta carga de toda sorte de vulnerabilidades, potencializadas pela falta de acesso à informação necessária e por prováveis fatores contextuais do HUWC que limitam o usufruto dos cuidados preventivos em saúde sexual disponíveis.

Desse modo, diante de tudo o que foi explanado até aqui, as discrepâncias constatadas não só na escolaridade, mas também em outros aspectos importantes do perfil sociodemográfico dos usuários ativos no programa de PrEP do HUWC, podem ser compreendidas, além de outros fatores intervenientes, à luz das iniquidades, dos estigmas, preconceitos e discriminações, bem como das vulnerabilidades, os quais limitam o acesso dos indivíduos a serviços de saúde preventivos fundamentais e, conseqüentemente, os expõem a um risco maior de infecção pelo HIV/aids.

5.2 Vozes dos sujeitos do estudo

5.2.1 Análise das entrevistas com os profissionais

Com o intuito de aprofundar a compreensão acerca dos determinantes que subsidiam a prática profissional da equipe multidisciplinar responsável pela implementação do programa de PrEP no HUWC, foram realizadas entrevistas com três membros dessa equipe, distribuídos entre as especialidades de enfermagem, farmácia e medicina, conforme já exposto, tendo sido consideradas as diferentes perspectivas e atribuições de cada categoria profissional. A seguir, apresentamos um relatório com a síntese interpretativa dos dados, segmentado nas seis categorias temáticas que elucidam os determinantes da prática profissional no programa de PrEP do HUWC.

- **Tema 1: conhecimentos técnico-científicos norteadores da atuação profissional**

Nesse tema, a análise das transcrições revelou que os entrevistados não receberam capacitação institucional para atuar no contexto em que se inserem, fator que, muito provavelmente, influenciou suas práticas e representações sobre o programa. Em relação à PrEP, a literatura destaca a necessidade de uma formação específica para profissionais de saúde que atuam com populações vulneráveis ao HIV/aids (Brasil, 2017d).

Em exposição a isso, a falta de capacitação adequada pode se tornar um obstáculo à implementação eficaz de programas preventivos em HIV/aids. O depoimento de P1 demonstra bem essa realidade ao narrar sua trajetória de preparação para atuação no programa: “[...] *ai eu fui estudar, que eu não sabia nem o que era PrEP, e quando eu cheguei aqui eu não sabia o que era PrEP, e não era a minha área, né, ai eu peguei logo o manual do Ministério da Saúde, fui ver como é que era a PrEP, qual era o papel do enfermeiro dentro do programa, seguindo o protocolo [...]*”.

Essa fala reflete um cenário de autoformação, em que o profissional teve que recorrer a manuais do MS para adquirir os conhecimentos necessários. A capacitação fragmentada e baseada apenas em autoaprendizagem não é uma prática ideal quando se trata da implementação de programas de saúde pública com alto impacto, como o da PrEP. P2, que também integra a equipe de PrEP do HUWC, relatou inclusive que: “[...] *fiz um treinamento no próprio sistema do Ministério, existe um programa específico para farmacêuticos [...]*”. Ainda que tenha tido acesso a um treinamento oficial específico, é notório que a formação oferecida foi superficial e restrita a aspectos técnicos, sem uma abordagem integral e presencial que pudesse preparar o profissional para as facetas do atendimento a populações vulneráveis ao HIV/aids.

O referencial teórico utilizado nesta pesquisa corrobora a importância de uma formação contínua e adequada para profissionais que atuam em programas preventivos como o da PrEP, ressaltando que a organização dos serviços e a preparação técnica e humanizada dos profissionais são a base da efetividade do cuidado (Brasil, 2017d; Zucchi *et al.*, 2018). A literatura indica que a postura dos profissionais influencia diretamente o acesso e a adesão dos usuários ao programa, o que reforça a importância de capacitações mais estruturadas.

Outro aspecto relevante levantado pela análise desse tema é o caráter deveras limitado da forma de transferência de conhecimento para os profissionais que atuam programa de PrEP do HUWC, conforme exposto por P3 que referiu que “[...] *o treinamento foi lendo o PCDT mesmo através de, vamos dizer assim, uma passagem, entre aspas, de bastão da*

Borboleta pra mim. Eu não fiz o treinamento em si, foi tudo virtual, mas não teve nada presencial, baseado nos documentos e tudo”. Esse relato destaca a lacuna existente na formação presencial dos membros da equipe, o que poderia aprimorar o desenvolvimento de competências e habilidades para o manejo dos usuários do programa.

Depreende-se do conceito de vulnerabilidade programática de Ayres *et al.* (2006) que a inadequação da capacitação profissional pode ser considerada um propulsor que aumenta o risco de exposição dos usuários da PrEP ao HIV/aids, impactando diretamente sua adesão ao tratamento preventivo. A capacitação insuficiente também afeta a capacidade dos profissionais de promoverem um acolhimento qualificado e de responderem às necessidades específicas dos usuários que buscam o programa de PrEP do HUWC, o que pode agravar as barreiras de acesso ao serviço.

A literatura preconiza que os profissionais de saúde que atuam em programas voltados para a prevenção do HIV/aids devem estar preparados para enfrentar desafios que vão além da prescrição médica, incluindo questões relacionadas ao estigma e à discriminação (Brasil, 2017d). No entanto, a ausência de um treinamento específico e da promoção de uma educação continuada que abordassem esses aspectos de forma integral e crítica foi um ponto não visualizado nas falas dos entrevistados, sugerindo a necessidade de uma reformulação no processo de capacitação.

É importante frisar que, apesar dos esforços individuais dos profissionais para se qualificarem e prestarem seu atendimento, a falta de suporte institucional pode comprometer a sustentabilidade e a eficácia do programa de PrEP no HUWC, como citado na seguinte fala de P1, que evidencia a informalidade com que a capacitação foi conduzida, inclusive com base no apoio de outros colegas da equipe: “[...] quem me treinou foi a própria médica com um enfermeiro que tava saindo do serviço, [...] eu acompanhei algumas consultas com a médica e com o enfermeiro [...]”.

- **Tema 2: gestão das atividades programáticas**

A análise temática sobre a gestão das atividades do programa de PrEP do HUWC nos permite inferir que há uma ausência de ações concretas direcionadas ao monitoramento e avaliação (M&A) do programa. Os dados das entrevistas destacam a falta de integração e institucionalização de práticas de M&A, um fator fundamental para a avaliação e melhoria

permanente das ações de saúde pública na área do HIV/aids, em convergência a o que assevera Brasil (2017c).

Um dos profissionais entrevistados indicou que, embora houvesse algum nível de monitoramento feito por meio do Siclom, esse processo era mediado pela Secretaria de Saúde do Estado e MS e não havia uma prática interna estruturada no hospital para avaliar regularmente o desempenho e os resultados do programa. P2, por exemplo, afirmou: "*[...] tanto a Secretaria de Saúde como o Ministério da Saúde eles monitoram os dados via sistema Siclom. Então, tanto do HIV como da PrEP*", mas destacou que, internamente, "*Não existe uma reunião multiprofissional [...]*". Isso demonstra uma desconexão entre o que é idealizado como monitoramento externo e a ausência de coordenação interna para discutir os dados e realizar ajustes necessários. Essa dependência de sistemas externos para a monitorização pode limitar a resposta direta e ágil da equipe às necessidades dos usuários em tempo real.

A gestão do programa, segundo os relatos dos profissionais, parece ocorrer de forma difusa, sem momentos formais de integração ou avaliação perene entre os membros da equipe. P1 relatou: "*[...] tem mais reuniões pra parte de infectologia, do HIV, porque o nosso serviço de PrEP é pequeno, é um dia de ambulatório e HIV são todos os dias da semana, de segunda a sexta, então o nosso maior público aqui é HIV/aids [...]*". Isso sugere que, por ser considerado de menor escala em relação ao serviço de tratamento para HIV/aids, o programa de PrEP é negligenciado nas discussões institucionais. Nesse sentido, o M&A assume grande importância como um componente estratégico para garantir a eficácia das intervenções em saúde, principalmente no que tange ao HIV/aids (Brasil, 2017c).

A coleta e o registro sistemáticos de informações são ferramentas que orientam as decisões de gestores e profissionais de saúde, permitindo a identificação de ações necessárias para ajustes no programa (Brasil, 2017d). Em relação a isso, durante a pesquisa de campo, ao consultar os dados dos usuários nos prontuários físicos, foi constatada a falta de arquivamento das fichas mais recentes de atendimento, conforme o modelo disponível no Siclom. O que estava armazenado nos prontuários consistia em um tipo de documento de registro clínico que apresentava informações de maneira sintética, possivelmente proveniente de um sistema alternativo, próprio da instituição.

Os profissionais relataram que as fichas de atendimento do modelo Siclom eram entregues aos usuários para que estes pudessem utilizá-las na farmácia para retirada de medicamentos. Após a dispensação, os usuários levavam as fichas consigo, o que significa que os dados não eram arquivados nos prontuários hospitalares. Essa prática demonstra um desvio das recomendações para a gestão dos dados dos usuários, conforme observado na literatura, que

estabelece a necessidade de integração entre o registro das informações e o acompanhamento clínico (Brasil, 2017d) como ferramentas indispensáveis ao M&A dos programas de PrEP.

A carência de reuniões formais para discutir o desempenho do programa foi outro fator crítico identificado nas entrevistas. P3 mencionou: *"A gente se combina muito, [...] então a gente conversa, mas não tem assim um momento 'Hoje vamos marcar uma reunião'"*. Outro profissional declarou: *"Não existe essa reunião multiprofissional, a gente se comunica via grupos [...] a gente se comunica mais via WhatsApp [...]"* (P2). Como a comunicação ocorre informalmente, geralmente por meio de grupos de mensagens, essa característica tende a dificultar a elaboração de estratégias conjuntas de gestão, além de comprometer o fluxo de informações e a capacidade de articulação da equipe multidisciplinar. Isso contraria os princípios de uma gestão colaborativa e transparente, recomendados para a coordenação de programas de saúde pública, especialmente os que lidam com populações vulneráveis (Brasil, 2017c).

Durante as entrevistas, a ideia de inconsistência da gestão do programa emergiu da fala dos participantes como expressão de uma implícita falta de cultura institucional que se ocupe de instituir métodos de M&A permanentes que priorizem o programa de PrEP na unidade e de uma estrutura organizacional que apoie essa prática. Essa constatação ficou visível quando P1 relatou que:

[...] mas é de avaliação mesmo, assim, da PrEP? [...] mas não tem assim, de avaliação, como num SAE, que é porta aberta, né? O nosso serviço é muito pequeno, é como eu tô te falando, esse serviço é mais pra contemplar a área da infectologia, pra os estudantes da infectologia, tanto os internos como os residentes a aprenderem [...].

Nesse contexto, observou-se que a equipe até tem uma vontade de sistematizar e organizar as informações coletadas. P3 expressou o desejo de um processo de avaliação mais estruturado: *"Eu tenho vontade de parar, de sentar, vou pegar de quando começou até agora, quantas admissões, quantos abandonos, quantos retornos [...]"*. Essa fala revela uma conscientização sobre a importância de se ter dados bem organizados para o M&A do programa e para a tomada de decisões apoiada em dados empíricos. No entanto, essa vontade, aparentemente, não se traduz em ações concretas dentro do cotidiano do serviço, resgatando a necessidade de incentivo ao acompanhamento sistemático das informações.

- **Tema 3: estrutura dos recursos**

A análise dos dados referentes a esse tema indica uma série de limitações relacionadas aos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis, bem como ao perfil institucional do hospital, que afetam diretamente a operacionalização das ações preventivas, contexto que remete a uma precariedade estrutural que coloca em risco a sustentabilidade e o impacto da PrEP, evidenciando, assim, mais uma vez, o desenvolvimento de uma vulnerabilidade programática ao âmbito do HUWC.

O primeiro ponto a ser destacado diz respeito ao espaço físico disponível para a realização dos atendimentos. A falta de um ambulatório destinado exclusivamente à PrEP é um dos principais gargalos mencionados pelos profissionais entrevistados. Os depoimentos revelaram que os atendimentos são realizados em espaços improvisados, utilizados simultaneamente para outras especialidades, o que não apenas limita a privacidade do paciente, mas também enfraquece a capacidade de enfoque no cuidado preventivo.

O relato de que *"se eu mudar o dia, tem outra especialidade, né, tem vários programas ali"* (P3) expõe a competição interna por recursos dentro do HUWC, onde diferentes programas de saúde lutam pelo uso do mesmo espaço físico. Essa falta de priorização da PrEP no contexto hospitalar reforça a necessidade de uma reorganização estrutural que permita ao programa florescer em um ambiente mais propício, como sugerido por um dos profissionais que questionou *"[...] se a PrEP está no local adequado"* (P3).

Além de um espaço não condizente com o programa, a escassez e a instabilidade de recursos humanos também são obstáculos significativos para a implementação eficaz da PrEP no HUWC. Um dos profissionais salientou: *"A gente não tem equipe fixa e exclusiva, a gente não tem equipe multi [...]"* (P1), referendando a ausência de uma estrutura organizada que poderia otimizar a atenção ao usuário. Por seu turno, P2 relatou que *"[...] a gente não recebe mais pacientes novos, por conta de uma quantidade insuficiente de médicos e ainda os farmacêuticos e os enfermeiros não prescreverem [...]"*, confirmando que a equipe atual não é suficiente para atender a demanda existente.

Essa situação gera um sobrepeso para os profissionais, afastando a possibilidade de um acompanhamento mais próximo e direcionado, como destacado por P3, ao declarar que *"Então a gente queria que tivesse esse nível de disseminação, que não dependesse só do médico, principalmente do infectologista, que as outras categorias tomassem para si também [...]"*. A falta de uma equipe multidisciplinar com um nível de dedicação mais avançado ao

programa prejudica tanto a assistência quanto a educação em saúde dos usuários sobre a prevenção do HIV/aids.

A percepção de que o HUWC não é o local adequado para a implementação da PrEP é uma preocupação recorrente nas falas dos entrevistados. O perfil institucional do HUWC, que é um hospital terciário voltado para o tratamento de doenças complexas, parece estar desalinhado com a natureza preventiva do programa de PrEP. A complexidade do hospital e o perfil das patologias tratadas podem criar um ambiente que não favorece a prevenção, uma vez que os esforços estão voltados majoritariamente para o atendimento de doenças.

Essa inadequação é articulada no discurso dos profissionais: *“Eu acho que a PrEP é uma estratégia de prevenção, mas que aqui pra dentro do HU, que é um hospital quaternário, extremamente complexo, que tem transplante e tudo, ela fica em segundo plano, porque os outros atendimentos são prioritários [...]”* (P3). *“[...] o perfil do hospital aqui não é um hospital primário, não é atendimento primário, preventivo”* (P1). A estrutura hospitalar não integra de maneira adequada a lógica da prevenção à saúde no seu modelo de operação atual.

Um dos principais problemas identificados também é a falta de capacidade laboratorial suficiente para atender a demanda dos exames necessários para o acompanhamento dos usuários de PrEP. Entende-se que esse entrave se sobressai como um fator que limita o acesso à saúde preventiva em HIV/aids. Nesse sentido, P1 destacou que:

Então, o laboratório, a capacidade dele já está estrangulada, dando necessidade, dando vazão para os pacientes que estão internados, a gente já tá cheio, então a PrEP é um tratamento preventivo, aí se a gente aumentar as nossas vagas de PrEP, vai ter que aumentar a oferta desses exames que a gente já não tem [...].

Essa fala diz muito sobre a sobrecarga do sistema de saúde do HUWC, que prioriza o tratamento das patologias em si em detrimento de cuidados em saúde baseados na prevenção, enquadrando-se aqui aqueles dispensados por meio do programa de PrEP. Essa priorização nos permite inferir que a ampliação do número de vagas para a PrEP esbarra na limitação da oferta de exames laboratoriais e que esta situação se constitui em uma falha crítica na implementação de uma estratégia preventiva ao HIV/aids em um ambiente que não foi concebido originalmente para tal finalidade.

Além disso, houve relatos de interrupções no fornecimento de medicação, o que também impacta negativamente a continuidade do tratamento. Foi mencionado que *“[...] quando tá faltando medicação, faltou agora, passou umas duas semanas sem ter medicação, sabe? Não, chegou a tempo que tava zerado o nosso estoque”* (P1), o que indica problemas na logística de distribuição e estoque do medicamento de PrEP.

Uma certa oclusão à liberdade para acessar insumos de prevenção, como camisinhas e gel lubrificante, também foi identificada na fala de P2, pois, embora a Secretaria de Saúde os forneça, esses insumos não estão disponíveis para os pacientes de forma espontânea, sendo necessário solicitá-los na farmácia do hospital. Quanto a isso, P2 referiu que “[...] Não é algo que a gente dá espontaneamente, é uma demanda dele próprio [usuário]. [...] Então, realmente, se eles [usuários] solicitarem”, o que evidencia a ausência de uma abordagem proativa na disponibilização de recursos materiais que são extremamente importantes para a prevenção combinada ao HIV. Essa situação contradiz as diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a PrEP no SUS, que enfatizam a importância de disponibilizar de forma ampla e acessível os insumos necessários para a prevenção do HIV/aids (Brasil, 2017d).

A vulnerabilidade programática, como descrita por Ayres *et al.* (2006), está intrinsecamente ligada aos desajustes na disponibilização de recursos por instituições de saúde. A incapacidade do HUWC em fornecer exames laboratoriais suficientes, devido ao estrangulamento das cotas mensais, ilustra como a falta de recursos compromete não apenas a prevenção, mas também o acompanhamento contínuo dos usuários da PrEP. A vulnerabilidade aqui não se restringe ao usuário individual, mas é ampliada pela ineficiência institucional, que perpetua as desigualdades de acesso e tratamento dentro do sistema de saúde.

Em consonância com Brasil (2017d), enfatiza-se a importância de uma configuração de serviços que propicie atendimento integral e adequado aos pacientes. As diretrizes propostas pelo autor defendem que a organização dos serviços de saúde que ofertam a PrEP deve garantir acesso facilitado e efetivo aos recursos preventivos, o que claramente não ocorre na realidade do HUWC. A falta de um ambulatório próprio para PrEP, junto com a escassez de exames e insumos, contraria essas orientações e limita as potencialidades do programa.

O panorama resultante da análise temática referente aos recursos do programa de PrEP do HUWC se alinha às constatações do estudo de Zucchi *et al.* (2018), que destacou a incompatibilidade entre os protocolos clínicos estabelecidos pelo MS e a estrutura dos serviços de saúde que integraram o projeto Combina!. Assim como no presente estudo, Zucchi *et al.* (2018) identificaram, no âmbito dos serviços participantes do projeto, escassez de pessoal disponível ao acompanhamento dos usuários, além de barreiras ao acesso a exames laboratoriais necessário ao monitoramento clínico.

- **Tema 4: abordagem do atendimento**

A análise desse tema mostra que as estratégias utilizadas pelos profissionais envolvidos na implementação do programa de PrEP do HUWC para a organização do atendimento dos usuários, a nível global, buscam atender à racionalidade básica do fluxo de acompanhamento estabelecida pelas exigências procedurais constantes das normas do PCDT-PrEP, conforme se verifica na fala de P2 a seguir, bem como nas dos outros profissionais:

[...] ele vai pra um médico, geralmente ele faz os testes rápidos porque é obrigatoriamente, cada consulta ele tem que fazer um teste rápido pra saber se ele não está infectado, a gente sabe que o PrEP não é 100%, a gente tem aí em torno de 90% e 100% de eficácia, então esse paciente ele faz testes do HIV, de outras ISTs, ele vai pra consulta médica e ele vem pra farmácia pegar o medicamento dele, que geralmente são pra 120 dias, ele recebe esse medicamento com os auxiliares de farmácia [...] Ele vem pra consulta médica, essa consulta geralmente é agendada, vai pra consulta médica, passa com a enfermagem depois pra fazer os exames de teste rápido e de outras ISTs, recebe a prescrição médica e vem pra farmácia receber o medicamento, esse é o protocolo.

Em relação ao conteúdo do aconselhamento dispensado aos usuários, os profissionais ressaltaram a importância da orientação sobre a PrEP, como exemplificado por dois dos entrevistados: “[...] eu atendo o paciente, eu converso, pergunto o paciente que é da primeira vez, eu oriento como é que vai abrir o prontuário, qual é o dia, dou todas as orientações. O papel da enfermagem é muito de orientar, né, papel de educar, orientar” (P1); “[...] eu acho que a gente trabalha muito no acolhimento, na orientação, é impressionante como tem desconhecimento, mesmo dentro do meio LGBT, muito preconceito, muito preconceito [...] eu acho que o principal papel da gente é esse, orientar e passar essas dicas de prevenção” (P3).

Observa-se, portanto, que, segundo os profissionais, sua abordagem em relação ao atendimento dos usuários está assentada em princípios educativos e acolhedores. Nesse sentido, segundo Brasil (2017d), o fornecimento de instruções aos usuários acerca dos diversos tipos de metodologias de prevenção favorece a sua autonomia e reforça a centralidade em suas necessidades. Essa estratégia de atendimento é positiva, particularmente considerando que os usuários de PrEP, *a priori*, não apresentam queixas de saúde, mas podem ter vulnerabilidades individuais e sociais.

O uso do nome social dos usuários foi mencionado como uma prática por um dos entrevistados: “[...] eu vou chamar o paciente pelo nome, então eu tenho cuidado de ver no prontuário se o paciente tem nome social, eu tenho todo esse cuidado [...]” (P1). Considera-se

essa abordagem positiva para o acolhimento e respeito às identidades de gênero, especialmente em um contexto onde o estigma e a discriminação ainda são tidos como grandes desafios para o acesso à saúde por populações vulneráveis. Apesar disso, ao visualizamos a abordagem de atendimento mais profundamente, verificam-se práticas que apresentam algumas incongruências frente às diretrizes estabelecidas por Brasil (2017d) no que diz respeito à organização dos serviços de saúde para a oferta de PrEP no SUS.

Brasil (2017d) preceitua que a adesão ao tratamento com PrEP deve ser incentivada ativamente por toda a equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e/ou educadores de pares. Contudo, conforme apontado pelos entrevistados, observa-se que a gestão da adesão no HUWC é praticamente inexistente, ficando muitas vezes ao encargo exclusivo do usuário. Um exemplo disso pode ser visto nas falas de dois profissionais: *"A estratégia não tem, é orientar como é que ele [usuário] toma a medicação, todo dia naquele mesmo horário, não faltar, não esquecer [...]"* (P1); *"[...] a adesão, eu noto que eles [usuários] mesmos já vêm super motivados [...] O papel da adesão realmente, o trabalho de adesão, eu acho pequeno comparado com o de HIV, eles mesmos têm todo o interesse. [...] Não tem uma estratégia específica, por falta de necessidade, eu não vi ainda essa necessidade"* (P3).

Esta abordagem, reflete uma delegação contraprodutiva de responsabilidade ao usuário, sem o suporte necessário para enfrentar os desafios da adesão, que parece se restringir à orientações básicas sobre a tomada da medicação, sem estratégias consistentes para motivar e apoiar os usuários ao longo do tempo, especialmente quando fatores contextuais e individuais podem influenciar negativamente o engajamento no programa, como comprovado por meio da fala de P1: *"Bom, pra adesão, é muito do paciente, a minha percepção, tá certo? [...] Eles são muito entendidos da medicação, [...] mas aí são pessoas que não têm disciplina pra tomar um medicamento e aí eles mesmos desistem [...]"* (P1).

Nesse sentido, a falta de uma estratégia clara para gerenciar as desistências é outra falha que se sobressai. As diretrizes de Brasil (2017d) recomendam a busca ativa de pacientes que abandonaram o tratamento com PrEP, uma prática que visa evitar a interrupção da profilaxia e, conseqüentemente, o aumento do risco de infecção por HIV/aids. No entanto, isso não acontece na realidade do programa de PrEP do HUWC, como mencionado por dois entrevistados: *"[...] a gente faz busca ativa pra paciente HIV que abandonou o tratamento, agora paciente preventivo a gente não tem, aqui a gente é super atarefado, nós não temos disponibilidade, condições pra fazer busca ativa pra paciente preventivo [...]"* (P1); *"Não tem, primeiro, porque a gente não tem quem faça isso, e segundo, porque eu acho que é uma opção*

dele fazer ou não a PrEP, já que a gente tem outras estratégias de prevenção, é uma opção dele [...]" (P3).

Assim como na questão da abordagem para adesão, a ausência de acompanhamento ativo dos casos de descontinuação do tratamento com PrEP também expõe uma vulnerabilidade programática perigosa que fragiliza o vínculo entre o serviço de saúde e o usuário, perpetuando o seu ciclo de vulnerabilidades e dificultando a prevenção do HIV/aids.

Um traço da abordagem do atendimento que emergiu das entrevistas é a ausência de apoio psicológico dentro da equipe. Um dos profissionais observou que:

[...] muitos pacientes têm transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, a gente tem muito paciente com transtorno e aí eles desistem. São pessoas meio desequilibradas, não estou taxando, mas assim, eu percebo que esses que têm maior dificuldade da adesão são pacientes que têm outros transtornos, que aí é difícil mesmo, sofrem de depressão. Então quem tem uma depressão, pra ele é difícil um monte de coisa, não só tomar uma medicação, como frequentar o trabalho, acordar naquele dia pra ir trabalhar, pra enfrentar a vida, tem várias dificuldades. Então eu percebo que as pessoas que mais têm dificuldade são essas, que não têm disciplina devido a outros fatores. Um dia tá bem, outro dia não tá, a gente tem muitos pacientes desse jeito (P1).

Esse dado é alarmante, visto que a saúde mental é um pilar fundamental para a adesão a qualquer tratamento em saúde. Depreende-se disso que o não reconhecimento e a falta de suporte psicológico contribuem substancialmente para a desistência do tratamento preventivo com PrEP, tornando urgente a inclusão de um psicólogo na equipe, conforme orientado pelas diretrizes de Brasil (2017d), que propõem serviços integrados para o apoio psicossocial dos usuários.

A análise dos dados referentes a esse tema mostrou que há uma espécie de centralização do atendimento nos profissionais de medicina e de enfermagem, com a subutilização do farmacêutico no fluxo da rotina de acompanhamento dos usuários do programa de PrEP. A função do farmacêutico dentro da equipe deve ser igualmente relevante, sendo de suma importância para a gestão da PrEP (2017d). Contudo, mencionou-se que *"O paciente não passa pelo farmacêutico na PrEP [...] a não ser que ele queira falar com o farmacêutico para tirar dúvidas"* (P2). Essa abordagem restritiva do atendimento, em que se vê diminuída a interação com o farmacêutico, contrasta frontalmente com as recomendações de Brasil (2017d), que promove a inclusão do farmacêutico como um apoio ativo no tratamento e na adesão dos usuários de PrEP junto ao programa, bem como viola o princípio de centralidade nas necessidades do indivíduo, fundamental para um atendimento equitativo e de qualidade.

Das falas da maioria dos profissionais, extraiu-se ainda a noção de atribuição exclusiva da prescrição da PrEP ao profissional de medicina. Um profissional, por exemplo, observou: "*[...] a receita pode ser prescrita pelo enfermeiro, mas aqui nessa instituição só pode pelo médico, não abriu para o enfermeiro, teria que ser uma norma interna da direção, não abriu ainda, porque como são relativamente poucos pacientes, eles não têm interesse em ampliar [...]*" (P1). Essa centralização vai contra a recomendação do PCDT-PrEP de expandir o acesso à profilaxia, uma que vez que "*[...] respalda a prescrição da PrEP exclusivamente por profissional médico no âmbito do sistema de saúde privada e, no âmbito do SUS, por todos os profissionais de saúde atualmente habilitados à prescrição de medicamentos por força de lei, quais sejam, médicos e enfermeiros*" (Brasil, 2022c, p. 11).

As diretrizes de Brasil (2017d) recomendam que as diversas etapas do seguimento em PrEP sejam bem definidas para evitar sobreposições e duplicidade de informações aos usuários. No entanto, foi verificada indícios de possível sobreposição de informações repassadas pelos profissionais durante os atendimentos. Por exemplo, "*Eu pergunto ao paciente, principalmente quando é a primeira vez, por que é que ele quer fazer PrEP, se ele sabe o que é a PrEP, que a medicação precisa tomar todo dia naquele mesmo horário*" (P1); e "*Então, nessa primeira consulta, é mais pra gente se conhecer, eu pergunto da motivação, por que ele veio para a PrEP, o que é que ele entende por PrEP, como é que é a vida dele mais ou menos [...]*" (P3) são falas que remetem a uma abordagem de atendimento baseada na repetição de orientações, o que pode gerar ruídos de comunicação que vão impactar negativamente na compreensão do usuário sobre o tratamento preventivo e comprometer a sua disposição em aderir ao método.

O estudo de Zucchi *et al.*, (2018, p. 10) detectou uma situação que em muito se assemelha a esse achado, pois "Independentemente do tipo de serviço, observou-se duplicação de procedimentos e de abordagens entre as consultas de aconselhamento, médicas e farmacêuticas".

- **Tema 5: acesso ao programa de PrEP**

A análise realizada a partir das entrevistas com os profissionais expõe que o programa de PrEP do HUWC opera atualmente como um serviço de "porta fechada", restringindo a entrada de novos usuários. Primeiramente, observa-se que, em relação ao programa de PrEP, o HUWC não funciona como um hospital onde o acesso é mediado de forma espontânea para todos os que buscam atendimento. P1 declarou que "*[...] aqui é um hospital de*

portas fechadas, aqui não é um hospital de emergência", enquanto P2 foi mais além em seu relato ao descrever pormenorizadamente as razões do fechamento das portas:

Aqui no hospital não é porta aberta [...] Então, era porta aberta no início do projeto e depois, por várias questões administrativas, médicos que foram embora, que pediram demissão, que se aposentaram, enfim, uma série de questões da própria infectologia, o hospital fechou a porta, então hoje a gente não recebe pacientes de primeira vez de PrEP, só mantém os que já estão. Então, esse paciente de primeira vez ele tem que procurar alguma Policlínica que tenha porta aberta pra atender.

Tal estrutura limita significativamente a possibilidade de novos usuários serem inseridos no programa, uma vez que a admissão ocorre por meio de encaminhamentos pré-estabelecidos, promovidos pela prefeitura do município, bem como por meio de indicação de outros profissionais ou usuários já inseridos no programa, como indicam o depoimentos: "*[...] nossas vagas são pela prefeitura de Fortaleza, ele [usuário] tem que vir encaminhado de um posto*" (P1); "*[...] ele [usuário] vem, hoje em dia, ou indicado por um paciente que já é paciente nosso ou por algum colega que acha que aqui é mais perto do paciente e indica [...]*" (P3). Essa forma de gerir a entrada no programa se traduz em uma barreira ao acesso, pois embora esses processos possam garantir que os usuários cheguem ao programa por vias formais, ele também exclui aqueles que não possuem acesso a essas redes de encaminhamento, perpetuando as desigualdades no acesso à saúde.

Retrospectivamente, percebe-se que o programa de PrEP do HUWC foi um serviço "porta aberta", permitindo o acesso livre a qualquer interessado. Contudo, à medida que a demanda aumentou e o serviço atingiu o nível de saturação da capacidade de atendimento, o programa adotou um modelo de restrição ao público, como explicou um entrevistado: "*[...] a gente já chegou assim a ter tempo que não tava abrindo mais pra ninguém, porque disseram assim 'não pode mais abrir nenhuma PrEP, porque já está, não dá conta', porque não adianta botar um monte de gente e não dá conta de atender, não dá conta de atender, vai ser confusão*" (P1). Essa mudança pode ser atribuída à limitação de recursos físicos, materiais e humanos, conforme citado pelos profissionais. A saturação dos serviços causou uma revisão nas práticas operacionais, levando a um quadro onde novos usuários não são aceitos, embora aqueles já atendidos permaneçam no cadastro.

A transição para um modelo de "porta fechada" vai de encontro ao princípio da universalidade do acesso à saúde, conforme estabelecido pela CF de 1988 e pelas diretrizes do SUS. A universalidade e a equidade são princípios que norteiam a organização dos serviços de saúde no Brasil, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso igualitário às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Entretanto, a situação atual do programa no

HUWC subverte esses princípios, contrariando os direitos constitucionais dos cidadãos ao acesso a serviços de saúde e gerando um ciclo de exclusão a prováveis beneficiários da PrEP, calcado em barreiras estruturais.

Os obstáculos gerados por essa dinâmica não se limitam à simples restrição de acesso. Muitas vezes, ao receber pessoas em busca de informação sobre a PrEP, os profissionais orientam a busca por outro serviço de saúde, como relatado por um dos profissionais: "[...] então eu explico, 'Vá procurar outras instituições que têm', [...] aí eu explico onde é que tem, aí eles [usuários] vão procurar" (P1), perdendo, assim, a oportunidade de vincular esses novos usuários ao programa do HUWC. Essa prática, embora necessária diante das limitações locais, pode ser problemática, pois nem todos os usuários têm a mesma facilidade de acesso a outras unidades de saúde, potencialmente agravando a vulnerabilidade desses indivíduos.

A decisão do HUWC de reduzir o acesso à PrEP, transformando-o em um serviço de portas fechadas, diverge também das diretrizes do MS que visam normatizar a organização dos serviços de PrEP, as quais se alicerçam na necessidade de reduzir barreiras de acesso e promover o atendimento singular, considerando as especificidades de cada usuário (Brasil, 2017d). No entanto, o modelo de "porta fechada" adotado pelo HUWC tampouco se coaduna a essas diretrizes, uma vez que restringe o acesso apenas a um número limitado de usuários e exclui aqueles que não conseguem ser encaminhados formalmente para o serviço.

O impacto dessa restrição precisa ser considerado no contexto do controle da epidemia de HIV/aids. Sob a égide do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, o programa de PrEP brasileiro foi concebido como uma estratégia integrante da prevenção combinada, com o objetivo de alcançar populações-chave e reduzir as novas infecções pelo HIV. Entretanto, como o HUWC fechou suas portas para novos usuários, essa estratégia tende a se enfraquecer nessa instituição, comprometendo a capacidade de prevenir novos casos em uma população vulnerável que poderia se beneficiar do programa.

Além disso, existe a percepção de alguns profissionais de que o programa deveria ser porta aberta, mas que fatores administrativos, como a falta de profissionais, impedem essa abertura. Um dos entrevistados apontou: "*É, é um fator administrativo, falta de profissionais basicamente para abrir as portas novamente*" (P2). Essa percepção revela uma discordância entre a necessidade percebida pelos profissionais e as decisões administrativas, sugerindo uma desconexão entre a política de saúde, prática clínica e de gestão.

Importante mencionar é que essa dinâmica de portas fechadas também inflexibiliza a capacidade do hospital em cumprir sua missão quanto à prevenção das outras ISTs e do HIV/aids, concentrando suas forças principalmente no tratamento dos já infectados, como

ressaltou um profissional: *"Na hora que eu tô atendendo esse paciente da PrEP, eu tô deixando de atender o do HIV, que é o motivo-fim daquele meu atendimento"* (P3). Isso faz com que a prevenção seja relegada a um segundo plano, enquanto o sistema de saúde se concentra em prestar assistência àqueles que já vivem com o vírus.

Com base na fala dos profissionais entrevistados, depreende-se que as limitações de recursos e a falta de estrutura são fatores que influenciam sobremaneira o acesso ao programa de PrEP no HUWC. Segundo Brasil (2017d), o acesso às instituições de saúde que ofertam PrEP deve ser acompanhado da capacidade de atendimento e adequação dos serviços, algo que claramente não está em sintonia no HUWC. Esse descompasso entre as exigências sociais e a capacidade de resposta efetiva do sistema de saúde contribui para que as ações de promoção e prevenção da saúde fiquem aquém do esperado.

A restrição do acesso coloca em xeque a universalidade do SUS, ao passo que cria um paradoxo: um programa de prevenção que, por limitações estruturais, não consegue alcançar todos que dele necessitam. Isso gera um cenário onde as desigualdades em saúde são perpetuadas, principalmente entre as populações mais vulneráveis, que são justamente um dos públicos-alvo das políticas de prevenção ao HIV/aids no Brasil.

- **Tema 6: representações sociais acerca dos usuários e da PrEP**

Representações sociais são construções que os indivíduos fazem sobre determinados grupos ou fenômenos com base em suas experiências, conhecimentos e contextos socioculturais (Minayo, 2002). Nos testemunhos obtidos nas entrevistas com os profissionais, foram identificados diferentes tipos de representações sociais sobre a PrEP e seus usuários, que variam desde a presença de concepções mais compreensivas até aquelas em que prevalecem uma estereotipação.

Uma das representações sociais mais recorrentes nas falas dos profissionais foi a de que a PrEP incentiva comportamentos sexuais de risco, uma maior permissividade sexual e o aumento de ISTs. Como exemplo dessa concepção, P1 mencionou que *"[...] tem muito profissional que diz 'não concordo com PrEP, por quê? Porque a PrEP é um incentivo pra pessoa estar transando sem camisinha, porque aí não vai ter medo de pegar nada e aí pega outras coisas e aí fica tipo bacanal com um monte de gente' [...]"*. Essa visão, que associa a PrEP à promiscuidade, pode desmotivar profissionais a recomendar o uso regular da profilaxia e contribuir para o desmantelo do combate à epidemia de HIV/aids. De acordo com a literatura, esse tipo de percepção é a materialização da epidemia de preconceito, fase marcada pela

estigmatização da aids, na qual há vinculação da doença a comportamentos moralmente condenáveis (Parker; Aggleton, 2021).

Já em relação aos usuários de PrEP, as representações sociais também se apresentam construídas em virtude de estigmas sociais, como evidenciado na fala de P1, que descreve travestis como “escandalosas” ao lidar com o serviço: “[...] às vezes tem aquelas travestis que gostam de fazer escândalo, aí, quando chega aqui, ‘ai porque eu faltei, eu tava doente, eu quero ser atendido hoje!’”. Essa visão, aliada à crença de que a PrEP incentivaria práticas sexuais mais arriscadas, como expresso também por P1, denota um preconceito arraigado que em nada favorece a construção de um cuidado singular e não julgador (Brasil, 2017d). Pelo contrário, pode provocar barreiras no acesso à saúde para os indivíduos mais vulneráveis ao HIV/aids. Dependendo de como seja percebido pelo usuário, tal representação pode levar a uma experiência negativa no atendimento e até contribuir para o seu afastamento do serviço de saúde.

A estereotipagem não apenas cristaliza preconceitos, mas também pode criar barreiras significativas ao acesso à saúde, afastando usuários que já enfrentam múltiplas formas de discriminação. Conforme o conceito de estigma apresentado por Goffman (2008), a categorização negativa de grupos marginalizados pode desumanizá-los, afetando a dignidade e o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Por outro lado, algumas representações mais compreensivas acerca dos usuários de PrEP foram registradas, como quando P2 e P3 mencionaram, respectivamente, que “São pessoas que estão preocupadas, são pessoas que estão preocupadas com a sua saúde, estão preocupadas em se cuidar e se proteger”; “[...] eu procuro não julgar, eu não julgo, eu acho que cada um sabe como é que vai, que deve viver, o que é que vai fazer, cada um procura sua felicidade da forma que for né, eu procuro não ter julgamento”. Em vista disso, dado o contexto de vulnerabilidade em que se inserem os indivíduos que pertencem às populações-chave para HIV/aids, essa representação social dos usuários de PrEP é positiva por possibilitar que usuários se sintam acolhidos e respeitados em suas individualidades no ambiente de atendimento. O sucesso da PrEP depende da adoção de uma postura profissional receptiva e isenta de julgamentos, porquanto a adesão à profilaxia depende não apenas da disponibilidade do medicamento, mas também da qualidade do acolhimento e do apoio oferecido pelos profissionais de saúde (Brasil, 2017d).

A representação externada por meio das falas acima contrasta com aquela extraída de uma outra fala de P3, que relatou: “Eu vejo muito ainda sofrimento [...] muito sofrimento nas pessoas trans, elas trazem sempre uma fala ainda de muita discriminação, muito

preconceito. Se eu pensar agora, todas as minhas pacientes mulheres trans, a maioria é profissional do sexo [...]”. Isso porque, embora afirme não julgar, a menção *“todas as minhas pacientes mulheres trans, a maioria é profissional do sexo”* faz uma associação direta entre identidade de gênero e profissão, reforçando um estereótipo prejudicial e limitador que generaliza a experiência de mulheres trans.

Da mesma forma que *“muito sofrimento nas pessoas trans”* e *“muita discriminação”* são representações importantes para o contexto, por denotarem um certo nível de conscientização, mas a relação estabelecida com o trabalho sexual pode criar uma ideia de que o sofrimento das mulheres trans é inerente à sua identidade ou à sua profissão, desconsiderando outras formas de opressão e violência. Para além disso, essa percepção ratifica o que a literatura traz em termos de identificação das pessoas trans como um dos grupos sociais mais vulneráveis ao HIV/aids e ao estigma associado, sendo frequentemente marginalizadas e com acesso limitado aos serviços de saúde (Zucchi *et al.*, 2018).

Ademais, as representações sociais que os profissionais têm sobre a PrEP e seus usuários não só influenciam a prática clínica, mas também refletem as próprias experiências e contextos culturais desses profissionais. A formação profissional, as crenças pessoais e as normas institucionais moldam essas representações, que podem variar amplamente entre os indivíduos.

Assim sendo, o estigma e a discriminação ainda persistem, sendo conformados pela desinformação, como demonstrado pela fala de P3, que relatou que *“o colega médico não entende, quando um paciente vai em outra especialidade, mostra que tá tomando a PrEP, a pessoa diz ‘Ah, então quer dizer que você tem HIV?’ ”*. Esse tipo de confusão, onde a PrEP é equivocadamente associada à Tarv, pode criar barreiras extras para os usuários, que podem enfrentar discriminação não apenas dos profissionais de saúde, mas também de suas redes sociais e familiares. O medo do estigma e da discriminação pode levar os usuários a ocultar o uso da PrEP, a interromper o tratamento ou a evitar procurar os serviços de saúde.

Salienta-se que as representações sociais não são neutras, mas sim construídas historicamente e influenciadas por diversos fatores, como, por exemplo, a homofobia, o sexismo e a transfobia. Isso ocorre no caso pontuado por Brasil (2017d), quando o mesmo discorre que o estigma associado à PrEP é reflexo de um estigma anterior que acompanha a aids e atua no sentido de dificultar o acesso e a adesão à profilaxia. Em que pese essas construções, as representações derivadas também não são estáticas, pelo contrário, se apresentam dinâmicas e sujeitas a mudanças.

A interação entre os profissionais de saúde e os usuários, assim como as políticas públicas e as ações de educação em saúde, podem contribuir para a transformação dessas visões e para a construção de um cuidado mais equânime e humanizado, como narrado por P1, que fez uma análise da evolução de suas percepções acerca dos usuários de PrEP e de seu estilo de vida sexual desde o momento que iniciou suas atividades profissionais no âmbito do programa no HUWC:

[...] como eu não trabalhava com esse público, no começo eu fiquei assim, meio chocada, né? Fiquei meio chocada [...] aí eu ficava muito admirada, porque eu não imaginava, né? [...] aí eu ficava com esses conceitos na minha cabeça, né? Eu ficava, mas eu não falava nada, eu ficava isso bem no começo, eu ficava admirada, que eu achava a pessoa ter cento e tantos parceiros diferentes e não é profissional do sexo, né? [...] Aí eu comecei a trabalhar a minha percepção pra eu não fazer cara de admiração, porque eu não tava por dentro desse público, a minha área era outra, eu não atendia pacientes assim [...] aí eu fui trabalhando aquilo, não posso me admirar, não posso ter preconceito, não posso, então eu fui me admirando com isso aí e hoje em dia assim, não me admiro mais de nada disso e procuro acolher, não tenho nada a ver com isso [...].

Apesar disso, é curioso detectar como, de certa forma, a organização do processo de trabalho na unidade de saúde, no que se refere às rotinas relacionadas à área do HIV/aids, ainda é transpassada e influenciada pelo estigma atribuído à aids desde o seu aparecimento na década de 1980, conforme se visualiza no relato de P1 ao dizer que:

Aqui, essa ilha aqui, na quinta de manhã, ela é usada por outras especialidades. A gente tem direito de duas salas, porque a infectologia são todos os dias à tarde. Na quinta de manhã, que é justamente pro paciente da PrEP não se encontrar com o do HIV. Entendeu? O do HIV é de tarde, a PrEP é de manhã. Nem se encontrar. Porque aí, às vezes, encontra alguém e diz “valha, o fulano tem HIV, eu nem sabia”. Então ela é em outro horário, outro turno, pra nem ver ninguém de HIV.

A fala acima embora, por um lado, caracterize uma prática profissional motivada, dentre outros fatores, pela preservação do direito à confidencialidade no âmbito do sistema de saúde com base na quebra de possibilidade de um encontro direto entre os dois tipos de público atendidos, por outro, deixa claro a naturalização de uma divisão que é resultado da incidência de insígnias estigmatizantes da aids ainda não estanques em nossa sociedade. Segundo Parker e Aggleton (2021), o estigma relacionado ao HIV/aids está profundamente enraizado em processos sociais históricos que categorizam as PVHA como pertencentes a um “outro” social, marcado por diferenças percebidas negativamente.

Tal prática de separação temporal do atendimento, mesmo justificada sob o pretexto da proteção à privacidade dos usuários, pode ser vista como uma forma de discriminação

estrutural que, ao invés de promover um ambiente de acolhimento, reafirma hierarquias sociais e diferenciações entre aqueles “livres” do HIV e aqueles “afetados” pela infecção, reproduzindo desigualdades no acesso ao cuidado e no direito à saúde.

Em consonância com a análise do presente tema, o estudo de Zucchi *et al.* (2018, p. 10) também verificou a presença de percepções profissionais estereotipadas acerca de aspectos que giram em torno da PrEP, tais como “[...] não acreditar na segurança ou na efetividade do método; atribuir ao preservativo e a outros métodos clássicos um maior grau de proteção e dificuldades para lidar com relatos de não uso do preservativo concomitante à PrEP”.

5.2.2 Análise das entrevistas com os usuários

A análise das entrevistas com os usuários do programa de PrEP no HUWC teve como propósito compreender a percepção dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pela instituição no contexto desse programa. Para tanto, foram realizadas entrevistas com seis indivíduos, selecionados por conveniência, pertencentes às populações-chave para o HIV/aids no Brasil, sendo estes: uma mulher trans profissional do sexo, uma mulher cis em relação sorodiferente, um homem cis bissexual e três homens cis gays. A diversidade do perfil dos entrevistados contribuiu para a obtenção de uma perspectiva abrangente sobre as vivências e percepções dos usuários em relação ao programa. No relatório a seguir, dividido em quatro grandes temas, consta a síntese interpretativa dos dados obtidos nas entrevistas com os usuários do programa.

- **Tema 1: acesso ao programa de PrEP**

Na análise deste tema, a partir das entrevistas realizadas com os usuários, foi possível identificar percepções divergentes quanto à experiência de admissão no programa, as quais permitem identificar a existência de um panorama complexo em relação ao acesso e à burocracia enfrentada pelos participantes. Das falas dos usuários distinguem-se tanto experiências positivas quanto críticas que sublinham as dificuldades encontradas na busca por tratamento preventivo ao HIV/aids na instituição.

Iniciando pelos relatos mais positivos, U1 expressou uma percepção favorável sobre o seu acesso ao programa, descrevendo que “*No meu caso, eu dei até sorte, foi prático, rápido*”. U2, por sua vez, destacou que seu acesso não foi difícil, mas que o tempo de espera foi um fator negativo, tanto para ele quanto para um amigo que tentou ingressar no programa:

"Não foi difícil, mas também não foi... [...] só o tempo. O tempo que é um pouco... demorado, tipo, eu tentei colocar uma pessoa, consegui incluir uma pessoa lá também, tipo, uns três meses depois". A fala de U2 nos leva a questionar se, embora o processo de admissão não seja necessariamente complexo em termos de experiência pessoal, a demora no atendimento poderia desmotivar os usuários e tornar o programa menos acessível, principalmente quando comparado a outros serviços de saúde existentes que oferecem a PrEP.

Assim como UI, U3 também teve uma experiência positiva no acesso ao programa, destacando a facilidade do processo: *"Pra mim foi fácil. [...] Eu fiz só um prontuário e pronto".* Essas múltiplas percepções sugerem que, para alguns, o sistema de admissão pode ser ágil e sem grandes entraves. A variação nas experiências dos usuários pode estar relacionada a mudanças ocorridas em constrangedores programáticos, tais como a demanda no momento do atendimento, a organização dos fluxos internos do hospital e a capacidade da equipe multidisciplinar de saúde em gerenciar a carga de trabalho.

Além das experiências externadas de rapidez e facilidade do processo de admissão, a maioria dos usuários relatou algum nível de insatisfação com o atendimento de entrada, especialmente no que diz respeito à burocracia envolvida. U5, por exemplo, descreveu o processo como "chato" e mencionou que deu "várias viagens perdidas" até conseguir ser admitido no programa, além de ter considerado desistir devido às dificuldades: *"Foi chato. Eu dei várias viagens perdidas. Eu achei uma burocracia pra início. [...] não sei se eu tive um pouco de azar, mas eu persisti. Teve uma vez que eu saí de lá bem triste, assim, mas eu persisti. [...] No começo, deu vontade de desistir sim."* Nesse sentido, U6 apresentou visões que se coadunam à de U5, assim descrevendo a sua admissão no programa:

Demorou. Até abrir o prontuário foi uma coisa bem cansativa [...]. Muito burocrático, porque, primeiro, tinha documentação, conseguir a documentação. Segundo, você tinha que esperar vagas, que eu acredito que tinha as vagas [...]. Eu pensei em desistir várias vezes, eu não desisti por causa de Abelha porque a minha paciência já esgotada, né? [...] A questão do tempo. Eles protelavam demais."

Essas percepções são indicativas de que as barreiras burocráticas impostas no acesso podem resvalar negativamente na adesão e na motivação dos usuários em persistirem no tratamento, desnudando o poder e a influência que as vulnerabilidades programáticas exercem sobre os sistemas públicos de saúde. Sendo assim, infere-se que a burocracia no acesso à PrEP também pode ser considerada uma das formas de expressão da vulnerabilidade programática que, conforme explanado por Ayres *et al.* (2006), permeabilizam as instituições a fragilidades e distorções na prestação de serviços que aumentam a vulnerabilidade dos

usuários, nomeadamente aqueles pertencentes a populações que já experimentam outras formas de vulnerabilização, como a individual e a social. A fala de U6 acima que menciona que o motivo de sua não desistência em participar do programa deveu-se ao apoio recebido pela pessoa com a qual estava é reflexo da vulnerabilidade programática.

O que se destaca também no relato de U6 é a sua percepção acerca da falta de acolhimento e humanização no atendimento ao acessar o programa. Para esse usuário, o processo de admissão foi desprovido de empatia e calor humano, o que contribuiu para a sua sensação de desgaste emocional: *“Você bate nas portas e as pessoas lhe atendem como se você fosse... simplesmente não, nem lhe consegue ler como ser humano né. Eu já cansada com todas as outras questões. Atacadíssima da ansiedade. Você não tem um atendimento acolhedor, o que é que você faz? Desiste!”*.

E a questão do acolhimento mesmo que você batia na porta “Ah, tô atendendo volte já, espera aí que eu lhe chamo já”. Passava fulano, cicrano, beltrano, depois de duas horas depois “quem é fulano?” Aí você ia lá, não olhava na sua cara e pegava, assinava um negocinho, tacava o bicho no seu dedo e pronto. “Aguarde ali também”, não dizia mais nada não, você não sabia o que é que acontecia, você não tinha esse... essa troca, né? Porque assim, se eu perguntasse alguma, “não só espere”, como umas vezes eu perguntei “como é que você sabe”, eu curiosa. “Como é que você sabe que isso aí vai dar certo e se der errado? Como é que faz?”. Ele: “não, sente ali e espere”. Isso é resposta que você dê? (U6).

A fronteira burocrática é de conhecimento comum nos serviços de saúde pública brasileiros, onde a demanda elevada se sobrepõe à capacidade de atendimento, resultando em longas esperas que podem desestimular os usuários. Essa sistemática também fica bem evidente no relato de U4 ao compartilhar que

O que mais dificultou foram a burocracia, de marcar, da primeira consulta até o dia da consulta, depois de pegar tudo, fazer toda uma checagem e fazer exames, mas acho necessário, foi da primeira consulta, do primeiro contato até a primeira consulta, até a primeira medicação, foram uns três meses, mas foi tudo muito... acho que devido a demanda no hospital, por ser público, não sei, mas foi esse tempo por causa da burocracia.

O relato de U4 acima converge para o que já foi explicitado na análise das entrevistas com os profissionais que integram o programa, no que concerne à estrutura dos recursos disponibilizados pelo HUWC. Ao citar a sobrecarga do hospital, o discurso de U4 levanta a questão da dificuldade enfrentada por muitos serviços de saúde no Brasil que, não obstante possuam capacidade técnica para atender às demandas, muitas vezes não apresentam a estrutura necessária para garantir um fluxo contínuo e eficiente de atendimento. Isso é

corroborado pela literatura que aponta para a existência de uma estrutura colapsada de atendimento nos serviços públicos de saúde do Brasil (Zucchi *et al.*, 2018).

Esses relatos repercutem ainda uma das proposições mais desafiantes enfrentadas por programas de saúde pública: a necessidade de garantir um atendimento humanizado, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS. O acolhimento pautado na humanização é um aspecto que deve se afirmar como inerente às atividades-fim dos serviços públicos de saúde para que estes consigam, de fato, vincular populações vulneráveis a políticas e programas de prevenção em HIV/aids e outras ISTs.

A literatura sobre acessibilidade à saúde, conforme discutido por Donabedian (1973) e Andersen (1995), ressalta que a acessibilidade não se resume apenas ao ingresso nos serviços, é também uma questão de como os serviços são oferecidos e como os usuários conseguem se sentir confortáveis para utilizá-los. U6, em particular, conforme visto, traduz uma experiência de frustração ao afirmar que sua interação com os profissionais não proporcionou nenhum sentimento de acolhimento, interferindo diretamente na sua motivação para permanecer no programa.

Igualmente, a abordagem multidimensional do acesso proposta por Penchansky e Thomas (1981) ressalta que o acesso é mediado não apenas pela disponibilidade de serviços, mas também pela aceitabilidade e adaptabilidade do atendimento ao perfil dos usuários. Em situações onde há uma inadequação entre as demandas dos usuários e o atendimento oferecido, percebemos um desvio da proposta de equidade preconizada pelas políticas públicas de saúde.

Depreende-se das vozes dos participantes que, além do acesso aos serviços do programa, houve, principalmente ao analisarmos as falas de U6, uma demanda por um padrão de acolhimento inicial que não estivesse conformado pela alta burocracia existente. Isso vai ao encontro da pesquisa de Muñoz e Miguel (2020), que discute como a percepção de estigmas pode moldar as experiências de acesso a serviços e a qualidade do cuidado recebido, revelando um ciclo vicioso que afeta a qualidade do atendimento. As diretrizes de Brasil (2017d) também especificam a necessidade de um acesso ágil e humanizado como meio de permitir uma boa adesão ao medicamento profilático, atentando para o fato de que falhas nesse aspecto tendem a comprometer os resultados do programa e a afastar usuários em potencial.

A literatura converge ao enfatizar que a forma como os serviços são organizados e prestados pode transformar uma experiência potencialmente positiva em um processo frustrante. Assim, a necessidade de um acolhimento mais efetivo, conforme já mencionado, é vital para a melhoria dos resultados de saúde e a garantia de direitos dos usuários. U6 escancara essa exigência ao descrever um atendimento em que a humanização esteve ausente, levando à

reflexão sobre a urgência de ações que transcendam a burocratização, promovendo relações de confiança e cuidado.

- **Tema 2: qualidade do atendimento**

Da análise das falas dos usuários emergiram diversas percepções sobre a qualidade do atendimento que denotam tanto os aspectos positivos quanto as barreiras que permeiam a experiência de saúde desses indivíduos. A qualidade do atendimento, conforme apresentada pelos usuários, foi percebida sob várias dimensões, a saber: capacidade de prestação dos serviços de saúde, satisfação do usuário, humanização, relação com a equipe e as condições físicas e organizacionais do programa.

Em relação à capacidade de prestação dos serviços, os usuários reportaram a existência de limitações na infraestrutura, recursos humanos e organização do fluxo de atendimento, resultando em longas esperas e dificuldades na obtenção de insumos de prevenção. U1 evidenciou uma limitação estrutural ao afirmar que *"[...] mas aqui recebe pouca gente. Eu acho que devia ampliar mais, entendeu? Eu acho pouco. Pra mim conseguir pra um amigo meu aqui, a gente demorou meses e meses, entendeu? Porque não tinha vaga, já tava tudo cheio e é muito pequeno aqui, comporta pouca gente, devia ser bem maior o número de pessoas atendidas"*. A dificuldade de conseguir vagas para novos usuários, conforme relatado por U1, é mais um indicador de que o programa opera com recursos insuficientes para atender a demanda, gerando uma sobrecarga na capacidade de atendimento.

Essa mesma percepção de limitação aparece em outros aspectos, como a falta de recursos humanos e a saturação dos profissionais envolvidos no programa. U1 pontuou que não apenas o número de vagas é pequeno, mas o corpo de funcionários também é insuficiente para dar conta da demanda, o que acaba exercendo um peso maior sobre os profissionais: *"Seria ampliar em termos gerais. Não só no atendimento, mas como no corpo de funcionários envolvidos no projeto pra não sobrecarregar os que já tão"*. Conforme visto anteriormente, a sobrecarga dos profissionais e a limitação de recursos humanos também foram identificadas nas entrevistas com os profissionais do programa, corroborando a existência de um descompasso entre a demanda e a capacidade institucional de atendimento.

A insatisfação com o atendimento da farmácia do HUWC também foi uma queixa recorrente entre os participantes. A totalidade destes mencionou uma demora significativa para a retirada de medicamentos, impactando negativamente a experiência no serviço. U4 relatou: *"Uma vez, por exemplo, eu fui muito rápido atendido na consulta e fui pra farmácia, cheguei*

na farmácia oito horas e sai umas três e trinta porque tinha muita gente lá". U5, por sua vez, mencionou que

A demora é maior ainda na farmácia. [...] porque a farmácia ela atende todos os prioridades. Toda prioridade que chegar na sua frente ela vai atendendo. Não tem uma divisão. Aí, com isso, se chegar com prioridades depois de você, as cem prioridades vão ser atendidas, você vai ter que aguardar. Aí isso demora muito. Eu acho que seria bom se tivesse, pelo menos, um dos guichês pra poder fazer essa diferenciação, né? Pra poder a gente não esperar tanto. O que demora mais no atendimento eu acho que é a farmácia.

O atendimento laboratorial também é uma outra questão crítica levantada por todos os participantes, com relatos de dificuldades no agendamento e realização de exames, que são essenciais para o acompanhamento dos usuários da PrEP: "O desafio que eu acho aqui é na história quando eles pedem os exames que aqui o laboratório bota muito problema pra gente conseguir fazer esses exames" (U1). U6 foi mais além, expondo a inacessibilidade desse tipo de serviço: "O exame eu não consigo ter acesso ao exame lá".

Para a maioria dos participantes, a infraestrutura física de que dispõe o programa está adequada às necessidades de saúde dos usuários, porém verificou-se a menção à falta de privacidade no atendimento, principalmente no ambiente farmacêutico, na fala de vários usuários. U3 referiu que, por vezes, o atendimento na farmácia não oferece a privacidade necessária: "Pra esses remédios era pra ser uma sala mais privada. [...] porque assim, querendo ou não, ainda hoje existe um grande preconceito". A falta de privacidade no ambiente da farmácia e nos espaços de atendimento pode aumentar o estigma associado ao uso da PrEP, impactando negativamente a experiência dos usuários e sua adesão ao programa, uma vez que o estigma em relação ao HIV/aids ainda se faz presente na sociedade (Parker; Aggleton, 2021).

No entanto, U6 externou ter algumas ressalvas quanto à acomodação utilizada para a realização das consultas, indo ao encontro da percepção apreendida das falas dos profissionais que atuam no programa, no que se refere à limitação dos espaços físicos disponíveis ao programa:

[...] eu acho que deveria ser melhor. Conforto é só dentro do consultório porque tem o ar-condicionado né, tem o acolhimento né, tem aquelas coisas todas, apesar de ser muito apertado, que eu não sei por que que fica aquela maca ali que ninguém chega com maca naquele... Mas enfim... A sala é apertada. [...] deveria ser outras, deveria ter uma outra estrutura. Física, né, na verdade, sim e fixa, porque não tem. Um dia tá dum jeito, outra consulta que você vai, 'não, a gente mudou pra cá, porque a sala tá ocupada ... num sei o quê'... então nunca tem uma sala fixa.

A falta de recursos materiais, como insumos de prevenção, também é recorrente na fala dos participantes como uma limitação do programa. Muitos usuários relataram que não recebem preservativos ou outros materiais preventivos de forma espontânea e acessível. U5

informou: *"Eu compro [preservativos]. Não lembro de ter visto material ali, não"*, ao que U6 acrescentou: *"Ter, eu acredito que tenha. Só não tá é disponível assim a olho pra você chegar e dizer 'ah, que legal, deixa eu pegar aqui umas pra mim'"*. Quanto à deficiência no fornecimento de insumos de prevenção, U1 compartilhou que

Não precisava nem a gente pedir. Terminou, a doutora já pegava a quantidade de lubrificante, uma quantidade de camisinha e já passava isso pra gente, pra gente escolher. Ah, e como é o livre arbítrio, botasse na mesa. Leva, se quiser. Quem não quer não leva. Você tem o livre arbítrio. Ela também não pode obrigar ninguém a levar nada.

Já U2 pontuou que outras instituições de saúde oferecem os insumos, enquanto no HUWC esses materiais não são disponibilizados com a mesma facilidade: *"Em outros hospitais, os meninos conseguem teste rápido, os meninos conseguem remédio pra herpes, os meninos conseguem um monte de coisa, lá a gente não tem nada"*. U2 sinalizou ainda para a indisponibilidade de vacinas no HUWC: *"Eu saí de lá até hoje pra tomar hepatite. Não tomei ainda porque eu não tive como parar no posto. Tô vendo a hora de ter que comprar"*.

De acordo com Brasil (2017d), a implementação bem-sucedida de um programa de PrEP exige a criação de um ambiente de cuidado que transcenda a mera dispensação de medicamentos. Para tanto, o serviço de saúde deve oferecer um cuidado integral que abarque os aspectos clínicos, laboratoriais, psicossociais e de prevenção combinada. Essa orientação parece estar em rota de colisão não só com a percepção do usuário quanto à capacidade de prestação dos serviços de saúde pelo HUWC, mas também com a estrutura dos recursos disponíveis reportada anteriormente pelos profissionais.

Além disso, a burocracia no processo de atendimento de rotina é outra percepção que surgiu das falas de vários usuários. U2, por exemplo, relatou que o processo para receber a medicação é demorado e burocrático, o que o levou a pensar em desistir do programa: *"E aí assim, eu acho o processo um tanto demorado, burocrático, poderia facilitar, já pensei de desistir, já pensei em desistir pela burocracia, mas a proteção, enfim, me faz..."*. A percepção de que o programa é burocrático é compartilhada ainda por U4, que mencionou a necessidade de madrugar para conseguir atendimento: *"Eu tenho que madrugar ou, como eu já consigo pegar Uber, então eu consigo vir e voltar. Tenho que pegar uma declaração, tem que justificar no trabalho. Então tem esses poréns"*.

Infere-se da fala de alguns entrevistados que a reduzida flexibilidade do horário de atendimento reservado para as consultas de acompanhamento é uma característica sedimentada e que tende a constranger a participação do usuário no programa, a exemplo do que disse U3:

“[...] se você chegar tarde, ela não faz mais o teste rápido. Teve um dia que eu cheguei aqui 9 horas, porque eu tava trabalhando. Ai ela quase não me atendeu. Eu tava trabalhando e não consegui sair mais cedo. [...] eu quase chorando. [...] E a doutora ainda me atendeu.

A literatura e a experiência de diversos programas demonstram que os usuários de PrEP apresentam demandas variadas e imprevisíveis. A necessidade de lidar com imprevistos, como doenças agudas, conflitos de agenda ou a necessidade de ajustar a medicação, exige uma maior flexibilidade por parte dos serviços de saúde. A imposição de um modelo rígido de agendamento pode levar à desistência do tratamento preventivo, uma vez que muitos usuários podem sentir-se desmotivados a retornar a um serviço que não se adapta às suas necessidades (Brasil, 2017d).

Nesse ponto, o que se vê atualmente no âmbito do programa de PrEP do HUWC destoa das diretrizes do MS para organização dos serviços de saúde que ofertam a PrEP no SUS pois

Idealmente, o atendimento de PrEP deve entrar na rotina do serviço como um atendimento disponível diariamente, durante as horas de funcionamento do serviço. As consultas de PrEP devem ser agendadas, com a possibilidade de realizar o atendimento fora do agendamento, dentro da possibilidade de organização e rotina dos serviços. Uma das formas de atender as demandas espontâneas é reservar um ou dois horários de atendimento nas agendas dos profissionais ou estabelecer uma escala diária entre estes. Recomenda-se a adoção de estratégias que atendam a todos os que procuram o serviço sem agendamento e que permitam identificar as necessidades de cada um, dando-lhe a melhor resposta possível e fortalecendo seu vínculo com o serviço (Brasil, 2017d, p. 59-60).

Apesar das críticas à estrutura do serviço, a maioria dos usuários expressou satisfação com o atendimento de seguimento clínico prestado pelos profissionais do programa. U1 elogiou a equipe, salientando o bom relacionamento estabelecido com os profissionais: *"O pessoal do PrEP é tudo fantástico, sem problema nenhum. Não tem o que reclamar"*. Essa percepção é corroborada por outros usuários, como U3: *"Eu sou muito bem tratada aqui, maravilhoso"* e U5: *"Eu acho que é uma relação meramente profissional, porém humanizada. Eu me sinto acolhido, tanto pela enfermeira quanto pela médica"*.

Em exposição a isso, a dimensão da humanização no atendimento de seguimento clínico foi outra percepção que foi bastante captada através das falas dos usuários, sobretudo no que tange à relação com P3. U6, por exemplo, deixou transparecer a característica humanizada do tratamento recebido por esse profissional em específico ao relatar que: *"Ela me dá uma liberdade assim que eu creio que ela não seja uma médica, pra mim ela é mais uma psicóloga, porque a gente conversa de tudo e ela me orienta sem criticar, sem me julgar"*.

Assim como pôde ser visualizado no depoimento de U6, a autonomia do usuário também foi um ponto de satisfação que apareceu em várias outras falas, conforme reportado por U1: *"Ela explana todo o plano, todo o projeto, toda a situação e te dá a opção. Cabe a você, mas você sai dali muito bem informado"*.

Segundo Brasil (2017d), a autonomia do usuário na escolha de métodos preventivos é um princípio que valoriza a individualidade e a participação ativa no cuidado da saúde. Colocando em prática esse princípio, os serviços de saúde que ofertam a PrEP favorecem a adesão à tomada regular do medicamento de prevenção, otimizam os resultados do programa e fortalecem o vínculo entre profissional, usuário e a própria instituição.

Todavia, de acordo com alguns usuários, a humanização do atendimento de seguimento clínico nem sempre é consistente entre todos os profissionais. U2 relatou uma experiência negativa de comunicação ao solicitar o esclarecimento de dúvidas a um membro da equipe: *"Perguntei uma vez, ave maria, quase morro, quase me engoliu"*. U5 e U6 descreveram episódios de pouca interação, em que o atendimento foi percebido por um viés mecânico e tecnicista: *"Basicamente o que ela faz é isso: fazer o teste rápido de HIV"* (U5); *"Ela é objetiva e fria [...] extremamente profissional e técnica"* (U6).

A falta de um atendimento mais acolhedor também foi citada por U2, que declarou que, durante sua passagem pela farmácia do hospital, sentiu que não havia uma preocupação genuína dos profissionais com o seu bem-estar: *"Nem olha pro meu olho, só pede o meu documento, manda eu assinar e manda eu ir embora"*. Nesse sentido, U1 classificou o atendimento digital disponibilizado pelo laboratório do hospital via *WhatsApp* como desumano, mostrando-se totalmente insatisfeito com os serviços prestado por esse setor:

Quando eles jogam a gente pro WhatsApp, eu costumo dizer que não é humano. Às vezes, você fala com um fantasma que não tem resposta. Como eu falei pra você, às vezes, você tem que vir aqui pra falar com o pessoal do laboratório, saber de alguma informação porque o pessoal do Zap não responde. O atendimento no laboratório é horrível. Totalmente diferente daqui do pessoal do PrEP.

Consoante Zucchi *et al.* (2018), a racionalidade técnica é inerente à prática em saúde já que proporciona o embasamento científico necessário para a tomada de decisões e a implementação de intervenções clínicas. Porém, uma abordagem exclusivamente tecnicista, caracterizada por um enfoque normativo e prescritivo, pode desconsiderar as particularidades dos indivíduos e as complexidades do contexto social em que estão inseridos. A sexualidade, as relações sociais e as experiências de vida são elementos que influenciam significativamente a decisão de utilizar a PrEP e a adesão ao tratamento preventivo.

É inegável que a racionalidade técnica subjacente às abordagens preventivas em HIV/aids, necessitam ser pautadas pela tomada do equilíbrio entre o rigor científico e a compreensão das dimensões sociais e individuais envolvidas no processo de adesão a qualquer estratégia de prevenção. Considerar as dimensões simbólicas, relacionais e materiais dos cuidados em saúde pressupõe uma visão mais global da prevenção ao HIV/aids e, ao mesmo tempo, reconhece que os métodos de prevenção adquirem significados particulares na vida cotidiana das pessoas, sendo moldados por suas experiências, valores e crenças.

Dessa forma, a implementação bem-sucedida de programas de PrEP exige uma abordagem que combine a racionalidade técnica com uma compreensão profunda das dinâmicas sociais e individuais. Os profissionais de saúde devem ser capazes de estabelecer relações de confiança com os usuários, ouvir suas necessidades e adaptar as intervenções às suas realidades. Integrar a racionalidade técnica com uma perspectiva mais humanizada e sensível às dimensões sociais e individuais significa, portanto, ampliar o acesso à PrEP e promover a adesão ao tratamento preventivo, contribuindo para a redução da epidemia de HIV/aids.

Nota-se que a percepção acerca da qualidade do atendimento também é impactada pela ausência de uma gestão programática capaz de lidar com os casos de não comparecimento às consultas de rotina. Em relação a isso, U2 mencionou as dificuldades de comunicação para remarcar consultas: *"Se eu perder a minha vez, eu tenho que pedir a alguém pra marcar o meu retorno. Eu não tenho um chat, eu não tenho um canal, eu não tenho um site, eu não tenho nada!"*.

U6 também relatou problemas de comunicação com a equipe do programa quando perdeu uma de suas consultas de acompanhamento: *"Eu não consegui ligar pro hospital, eu não consegui ter acesso a ninguém [...] as respostas... totalmente vagas. Ninguém sabia de nada. Ninguém conseguiu me orientar"*. Além do problema de comunicação, U6 considerou o processo de remarcação de consultas bastante inflexível: *"Não e nem facilitar a próxima consulta e nem remarcar a consulta. Eu não quero perder novamente pra mim saber se acontece ou não porque dá uma dor de cabeça da porra"*.

Confirmando o que já havia sido informado pelos profissionais, a maioria dos usuários expressou que não foi contatada pela equipe do programa em caso de falta à consulta de acompanhamento. Entretanto, nos casos em que o profissional de medicina não pôde comparecer, os relatos deixaram claro que é aberto um canal de comunicação para avisar o usuário acerca da ausência do profissional e informar sobre o procedimento para a remarcação da consulta, conforme narrado por U1 e U2: *"Se tivesse morrido, ninguém nem ia saber nem que eu tinha morrido. Poderia melhorar esse canal de comunicação"* (U2); *"Já aconteceu de*

entrar em contato comigo. Tipo assim, que a doutora não poderia vim. Aí eles ligaram pra mim marcando. Olha, tiveram essa atenção de remarcar por telefone porque a doutora avisou com antecedência que não poderia vim” (U1). Essas dificuldades demonstram que possivelmente o programa carece de uma estrutura de comunicação que seja mais centrada nas necessidades dos usuários, situação que pode incorrer na descontinuidade do tratamento preventivo.

- **Tema 3: adesão à PrEP**

A adesão à PrEP é um tema bastante recorrente que também despontou da análise das entrevistas realizadas junto aos usuários. A adesão não envolve apenas o comprometimento com a rotina de tomada do medicamento, mas também fatores subjetivos e estruturais que influenciam essa dinâmica. No contexto do HUWC, a adesão à PrEP é um processo forjado em um panorama multifacetado, o qual agrega desde o conhecimento prévio sobre a profilaxia até a qualidade do atendimento recebido e o apoio dispensado pelos profissionais de saúde.

Inicialmente, a análise das entrevistas mostra que existia uma pluralidade de cargas de conhecimento prévio sobre a PrEP antes do ingresso no programa do HUWC. Enquanto alguns usuários, como U1, relataram que já possuíam informações suficientes sobre o método antes de entrarem no programa – *“Eu já vim para o programa com informações suficientes”* –, outros demonstraram algum nível de desconhecimento sobre a profilaxia quando da entrada no programa, tendo adquirido informações pontuais apenas através da mídia ou após a indicação de colegas ou profissionais de saúde. U2, por exemplo, afirmou: *“Eu só sabia que era o comprimido que você tomava pra você não pegar o HIV, tipo isso [...]. Nem sabia disso. Vim saber por um amigo que começou a usar. Eu não sabia nada, zero, zero PrEP. [...] depois eu fui pesquisar um pouco [...]”*.

A variância do nível de conhecimento sobre a PrEP antes do início do tratamento entre os usuários transmuta-se em um importante desafio para a adesão, pois a literatura sugere que o conhecimento prévio é um fator determinante para a aceitação e início da profilaxia. Dado que a boa adesão se afirma como condição pétrea para a eficácia da profilaxia, as diretrizes do MS recomendam que os serviços de saúde ofereçam orientação clara e consistente aos usuários sobre a PrEP, com especial atenção àqueles que desconhecem o tratamento (Brasil, 2017d).

É notório que alguns usuários vinculados ao programa, como U3 e U6, ainda continuam sem uma compreensão totalmente esclarecida do que seja a profilaxia: *“Até hoje eu não sei o que é. Eu tomo só os comprimidos [...]. Só sei que o pouco que eu sei é o que a doutora*

fala." (U3); *"Eu acho que eu não tô cem por cento não, eu preciso de mais..."* (U6). A falta de informação pode resultar em um compromisso reduzido com o tratamento preventivo, especialmente em um contexto no qual o estigma associado ao HIV/aids se consuma como uma barreira para integração da profilaxia à rotina de prevenção. Tal aspecto demanda dos profissionais de saúde uma postura ativa na disseminação de informações, indo além da simples prescrição e considerando todo o contexto de vulnerabilidades individuais e sociais que cercam o usuário.

Em geral, todos os usuários relataram ter uma boa adesão e adaptação ao uso da profilaxia, conforme o esquema prescrito no âmbito de seu acompanhamento individual. Esse achado está em consonância com o mencionado por OMS (2015) *apud* Brasil, 2017d, p. 44, que assevera que "Nos estudos demonstrativos, os(as) usuários(as) de PrEP apresentaram boa adesão, com taxas de 80% a 90% de uso adequado da profilaxia". O mesmo ocorreu no estudo demonstrativo PrEP Brasil, o qual "[...] mostrou a factibilidade de obter taxas de adesões próximas a 80% entre gays e HSH e mulheres transexuais" (Zucchi *et al.*, 2018, p. 5).

No que se refere aos fatores motivadores para a adesão, as falas da maioria dos usuários ressaltaram a manutenção de uma vida saudável como um dos principais impulsionadores do uso da profilaxia. U4 exemplificou essa motivação ao dizer que *"Acho que a busca de tá saudável [...]. Além disso, tem outros problemas da vida, então esse é um problema a menos"*. Já para U1, a PrEP trouxe tranquilidade e alívio de preocupações relacionadas a uma possível contaminação pelo HIV/aids: *"Ela te tranquiliza. Você não fica com aquela megalomania achando que... aquela piração que você foi contaminado, que isso... não, o PrEP te dá essa segurança de te tranquilizar, desde que você esteja tomando direitinho, corretamente"*.

O desejo de engravidar também foi referido como um dos motivadores do uso da profilaxia: *"[...] eu amo demais meu esposo e um dia, um dia Deus vai nos abençoar e eu vou ter o nosso filho"* (U3). U3 também citou que sua adesão à profilaxia é uma medida que visa proteger o seu relacionamento sorodiferente: *"Eu tomo, não posso esquecer. Até porque meu esposo ele diz assim que ele não quer né passar isso pra mim"*. Com isso, fica evidente que a motivação principal para o uso da PrEP é profundamente enraizada na busca por proteção e segurança em práticas sexuais. Além disso, a percepção de proteção se estende para além da prevenção física, abarcando a segurança psicológica, conforme relatado por U1 e U3. Os relatos captados dialogam com as evidências científicas que apontam a importância da segurança percebida pelos usuários como um fator decisivo para a adesão contínua ao tratamento preventivo.

As principais motivações relatadas para o uso da PrEP consistem na percepção do próprio risco por parte do indivíduo e o reconhecimento de uma possibilidade de proteção contra a infecção pelo HIV que lhe seja factível. A diminuição de sensações de ansiedade e medo relacionadas à possibilidade de se infectar pelo HIV em cada encontro sexual também é descrita como motivação para procurar a PrEP (Wade *et al.*, 2014 *apud* Brasil, 2017d, p. 27).

Por outro lado, as dificuldades enfrentadas pelos usuários na adesão à PrEP variam de acordo com suas rotinas e contextos de vida. Esquecimentos pontuais, como relatado por U1 – “[...] às vezes a correria por causa do despertador. Por causa do tempo, você acaba esquecendo, mas não é frequente” – e U5 – “Às vezes me ocorre de não ter certeza se eu tomei. Tenho a dúvida, mas assim, isso é bem raro [...]” –, foram as principais dificuldades mencionadas, porém a maioria dos entrevistados afirmou que essas dificuldades não comprometem sua adesão de maneira significativa. De forma geral, esses achados se distanciam dos entraves mais recorrentes relativos à adesão à PrEP que constam descritos nas evidências científicas:

[...] a preocupação com os efeitos colaterais, o estigma associado ao uso de medicamentos para tratar infecção por HIV, o receio/constrangimento de discutir práticas sexuais de risco com um profissional de saúde e o uso abusivo de álcool e outras drogas são relatados como potenciais dificultadores do uso regular da PrEP (Wade *et al.*, 2014 *apud* Brasil, 2017d p. 27).

A organização do tempo e o uso de lembretes são estratégias que foram descritas pelos próprios usuários como forma de lidar com o compromisso de tomada da medicação, sendo respaldadas, inclusive, pelas diretrizes do MS, que orientam que o uso da medicação não precisa ser perfeitamente rígido para alcance de eficácia, podendo ser vinculado a atividades rotineiras para facilitar a lembrança e, conseqüentemente, aumentar as taxas de adesão. É importante que os profissionais de saúde comuniquem aos usuários que esquecimentos pontuais não comprometem o tratamento de forma severa (Brasil, 2017d).

A maioria dos usuários considerou que a mediação da equipe de saúde no processo de adesão à PrEP é realizada por meio de transmissão de orientações sobre o modo de tomada do medicamento. Nesse sentido, U1 afirmou que *“Sempre existe uma conversa, quando a gente vem pro atendimento [...]. Elas perguntam como é que tá, se a gente não tá esquecendo. Existe essa atenção, sim, dos profissionais”*. Por outro lado, U6 relatou uma percepção diferente, onde a equipe oferece orientações que não são acompanhadas de um incentivo maior: *“Eu não sinto essa influência deles de incentivar não [...] Orienta que tem que ser tomado, decidir um horário certo pra você tomar a medicação [...]. Você tem que saber o risco que você corre, tem que se responsabilizar pelas coisas também”*. Aqui, a abordagem mais neutra da equipe em

relação à adesão parece ser bem recebida pelo usuário, que valoriza a autonomia nas decisões sobre o uso da medicação. Por se tratar de uma adesão diferente daquela buscada na Tarv, o incentivo à adesão à PrEP deve ser sensível às necessidades individuais, mas sem impor um controle rígido sobre os usuários (Brasil, 2017d).

Contudo, Brasil (2017d) sugere que o acompanhamento dos profissionais da equipe quanto à tomada da profilaxia se dê mediante a elaboração de um plano de adesão junto ao usuário como forma de aproximá-lo à rotina de uso da medicação. Nesse ponto, U5 verbalizou que, no seu caso, apesar de sentir incentivado a continuar o tratamento de prevenção, não houve uma orientação específica em relação à adesão:

[...] mas como ela não deu nenhuma sugestão de como tomar ou em que momento tomar ou um chute com o que tomar, não tem problema se for tomar em qualquer momento. Se é tomando água, se é tomando café ou suco ou com alguma alimentação. Isso não vai influenciar pelo que eu entendo. Já que ela não disse que... não especificou.

Consoante sublinhado por Donabedian (1973) em seu modelo teórico sobre acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde, o fragmento de registro acima retoma a importância da qualidade da interação entre profissionais e usuários para garantir uma boa adesão à profilaxia. Assim, “Os profissionais que oferecem a PrEP devem procurar ao máximo participar deste importante processo de decisão” (OMS, 2019c, p. 5).

A continuidade no programa de PrEP do HUWC parece garantida para todos os entrevistados, que expressaram um alto nível de comprometimento com o tratamento preventivo. U1, por exemplo, expressou bem essa vinculação à PrEP, inclusive mostrando-se ansioso pela introdução da PrEP injetável, uma inovação que traria maior comodidade para os usuários que enfrentam dificuldades com o uso diário de comprimidos: *"Pretendo continuar. Pretendo parar nada não. Eu tô só esperando, pelo contrário, eu tô só ansioso que venha a PrEP injetável."* Já U6, além do fator comprometimento, indicou a intenção de expandir o programa, incentivando outras pessoas a aderirem à PrEP, o que caracteriza um compromisso não apenas com a própria saúde, mas com a saúde coletiva: *"Estou 100% comprometida. Pretendo continuar sim e levar meninas, levar mais meninas e povoar aquilo ali de travesti e transexuais"*.

Entretanto, U2 expressou uma demanda por melhorias no acesso ao serviço no HUWC: *"Que facilite pra gente pegar lá ou então que eu vou pra outro canto pra pegar mais fácil, sem demorar menos"*. O desejo de U2 por uma maior agilidade na obtenção da medicação

reflete um dos pontos críticos apontados pela literatura, onde a simplificação do acesso e do acompanhamento clínico pode melhorar a adesão do usuário à PrEP.

- **Tema 4: redes sociais de apoio**

De modo geral, os depoimentos da grande totalidade dos usuários exteriorizam uma carência significativa na divulgação e esclarecimento sobre a PrEP. Alguns entrevistados relataram uma experiência que exemplifica a falta de difusão de informações, mesmo entre profissionais de saúde:

Tinha um amigo meu que a gente brigou até por conta disso porque ele é, por incrível que pareça, ele é da área de saúde e não conhecia o PrEP porque, quando eu comecei a tomar o PrEP, eu fui falar pra ele, que ele trabalhava em laboratório e tudo e ele disse que era mentira minha, que não tinha esse negócio de PrEP não. [...] Não tinha isso não. O que eu tava tomando era coquetel. Ai ele ficou com raiva de mim e tudo. Ai eu peguei e mandei pro zap um bocado de matéria sobre o assunto. Ai quando ele se esclareceu. Eu notei que ele ficou com vergonha, mas também não deu o braço a torcer. [...] e ele era da área de saúde. [...] e era pra ele ter esse nível de informação e ele não tinha (U1).

Teve um médico do meu convênio médico que não sabia nem o que era PrEP. [...] ele é aquele desatualizado (U2).

A única ressalva que eu tenho é, por exemplo, um médico clínico que eu já me consultei, quando eu falei que fazia uso da PrEP. Ele disse assim: “Por que você está fazendo isso com o seu corpo?” Ele disse desse jeito, eu falei: “Como assim?” Ai ele disse que isso é muito ruim pro rim, muito ruim pro rim. Ai eu fiquei muito pensativo, mas eu acho que é ele que está desinformado porque como é que ele desincentiva a pessoa a usar medicação? Né, assim..., mas eu senti assim um pouco de preconceito da parte dele e ao ponto dele falar assim: “Por que você está fazendo isso com o seu corpo, tomando essa PrEP?” Ai ele começou a elencar problemas colaterais, principalmente na função renal e hepática (U5).

Um ponto adicional e curioso levantado por U5 foi que a limitação de conhecimento sobre a PrEP também é perceptível no nível primário de atenção à saúde: *"Então, muitas pessoas da área da saúde, de atendimento de atenção básica. Eu percebo que eles são muito desinformados em relação ao programa da PrEP. [...]. Então, eu percebo que há muito desconhecimento na atenção básica no geral "*. A falta de uma rede social de suporte que permeie todos os níveis do sistema de saúde, incluindo a atenção primária, como realçado por U5, compromete tanto a implementação quanto adoção da PrEP em razão da não ocupação de espaços úteis à propagação de informações acerca do programa.

A situação que se visualiza através da percepção dos usuários esbanja uma desconexão significativa entre os avanços nas políticas de prevenção ao HIV/aids e o conhecimento disseminado entre profissionais, o que suscita uma debilidade do funcionamento

das redes sociais de apoio de que dispõe o programa de PrEP do HUWC, especialmente no que tange à interdependência entre os participantes dessas redes. Isso representa um ponto de inflexão para a prevenção ao HIV/aids, pois, conforme as diretrizes que norteiam a implementação e a oferta de PrEP (Brasil, 2017d; OMS, 2019c), a integração entre serviços de saúde diversos e a capacitação contínua dos profissionais são elementos basilares do processo implementativo da PrEP.

U2 e U4 expressaram preocupação com a visibilidade da PrEP, alegando que “*Eu acho que é uma coisa que não é muito divulgado, não é muito... Aconteceu comigo porque eu perguntei pra um amigo que me falou sobre, mas eu não escuto muito, conversa assim, eu não acho que é uma coisa tão fácil [...]*” (U2); “*Não são todos os rapazes que sabem. Seria bom algo mais bem divulgado*” (U4). Ao apresentar uma percepção calcada na ideia de que há falha na comunicação social sobre o programa de PrEP do HUWC, a declaração de U3, abaixo, nos permite inferir que a falta de divulgação afeta diretamente o potencial que o programa tem de atingir seu público-alvo:

Nunca ouvi falar disso em nenhum lugar, a não ser aqui. [...] Nunca, nunca nem ouvi ninguém comentando sobre isso. [...] Eu acho que poucas pessoas sabem. [...] porque assim, tem preconceito, mas tem muito casal que um dia hoje sonha. Tipo, parceiros que se conheceram da vida, que ela ou ele tem. E eles querem formar família e não sabem que isso aqui existe. [...] acho que era uma falha que era pra ser mais divulgado né. Eu não sei de quem. Não posso dizer “ah, é uma falha do hospital ou dos profissionais”. É uma falha, eu não sei de quem, mas deveria ser mais divulgado.

A despeito da eficácia da PrEP e dos benefícios ao público-alvo, a baixa conversação sobre o tema e a falta de campanhas informativas perpetuam a desinformação. Em relação a isso a literatura ressalta a importância das redes de apoio como plataformas colaborativas que fortalecem a implementação e a melhoria das políticas públicas de saúde que, como no caso da PrEP, dependem de uma boa articulação entre instituições estatais, organizações comunitárias e outros atores sociais envolvidos na promoção da prevenção combinada ao HIV/aids (OMS, 2019b).

Uma outra dimensão importante trazida pelas falas dos usuários foi a ausência de campanhas de prevenção no macronível. Relacionado a isso, U6, por exemplo, expôs que:

É por isso que as questões das prevenções é tão resistente. Muita gente resiste a fazer a prevenção, a divulgar prevenção né, você vê que as campanhas de prevenção são muito poucas, geralmente é no Carnaval. Porque agora é Fortal, é férias, todo mundo fervendo. Era pra ter uma campanha, cadê a campanha? Não tem, né? [...] E visual também, você não vê. Antigamente tinha o outdoor, você não vê outdoor mais. Então não tem interesse porque quanto mais você fala de sexualidade, de prevenção, mais você empodera essas pessoas. [...] porque quanto menos informação, mais frágil a gente fica. É isso, por isso que eu vejo que não tem interesse.

O depoimento do usuário acima nos autoriza inferir que a ausência de uma rede de suporte social mais consistente para a divulgação de informações relacionadas à educação em saúde sexual transcende o microespaço ocupado pela PrEP, atingindo também aquele habitualmente reservado à prevenção do HIV/aids e de outras ISTs de forma mais ampla, que em décadas passadas fora exaustivamente utilizada pelo Programa Nacional de ISTs/HIV/aids para impactar a epidemia de HIV/aids, conforme bem lembrado no paralelo feito por U6.

Ainda que a falta de divulgação seja um ponto constante nas falas dos usuários, há também sugestões claras sobre como melhorar essa rede de apoio. U6, por exemplo, sugeriu a presença de um "educador de pares" para atender populações trans: *"Eu acho também que deveria ter uma moça trans pra poder atender a gente"*. A partir desse relato, fica evidenciada a importância de se considerar as especificidades de grupos vulneráveis e a necessidade de uma abordagem de inclusão no serviço, que vá além da mera difusão de informações, mas que também envolva a noção de representatividade.

As falas de U6 sintetizam, portanto, uma crítica mais direcionada à inexistência de redes sociais de suporte que disseminem informações sobre prevenção ao HIV/aids de modo geral. Essa percepção ressoa com a crítica à escassez de campanhas de prevenção e à falta de participação social mais ampla em torno da PrEP, revelando a necessidade urgente de redes mais bem estruturadas que incentivem a participação ativa da sociedade na implementação de políticas de prevenção ao HIV/aids.

A ausência de um educador de pares levantada por U6 é um sintoma da falta de representatividade no programa, o que poderia ser solucionado com uma maior integração das redes de apoio, utilizando agentes comunitários e outros atores sociais, conforme sugerido na literatura. Um modelo de suporte baseado nessa premissa pode tornar as informações mais acessíveis e reduzir barreiras de comunicação, certamente contribuindo para uma melhor compreensão das opções de prevenção. As diretrizes da OMS (2019b) estão direcionadas a esse sentido, ao sugerirem que educadores de pares desempenham função estratégica na conscientização e adesão ao tratamento com a PrEP.

As intervenções baseadas em evidências sugerem ainda que a integração entre os serviços que fazem o diagnóstico e tratamento de ISTs indiscutivelmente impulsiona a adesão à PrEP entre seus usuários (Brasil, 2017d). Com isso, fatores como campanhas educativas e programas de divulgação confirmam sua extrema importância na luta contra a epidemia de HIV/aids, pois a familiarização do público com a PrEP pode diminuir o estigma e aumentar o acesso a estratégias de prevenção.

O conjunto de falas dos entrevistados reserva também um lugar à uma percepção mais construtiva sobre as redes de apoio disponíveis no âmbito do programa de PrEP do HUWC. De um lado, há um reconhecimento da importância do programa, conforme exemplificado por U3: *"Esse programa é um programa assim maravilhoso que deveria ser divulgado um pouquinho mais pra poder ajudar outras mulheres e outros homens"*. Por outro lado, sobressai-se a questão da valorização da troca e difusão de informações entre os próprios usuários do programa, que, muitas vezes, apoiam-se mutuamente.

U2, ao colocar que *"Ainda bem que eu conheço algumas pessoas que pegam lá e aí, quando acontece de perder o dia, a gente fica se ajudando. Tipo, 'Ah, conversa com a doutora, pede já pra marcar pra tal dia...'. Aí, tipo, uma pessoa que tá sendo atendido marca por mim, entendeu?"*, oportuniza o entendimento da rede informal de apoio enquanto revestida de utilidade, mesmo em situações em que um usuário possa se sentir perdido ou sem informações. Essa ajuda mútua favorece a adesão, demonstrando que redes sociais informais desempenham um papel elementar na continuidade do uso da profilaxia.

Cumpramos observar que a falta de visibilidade da PrEP cria um ciclo de desinformação que adia a divulgação das alternativas disponíveis para proteger a saúde da população. Um exemplo dessa evidência fica bem claro na fala de U5, o qual demonstrou desconhecer a oferta de PrEP por meio de programas vinculados a outras instituições públicas de saúde: *"[...] se estender esse espaço para os postos de saúde e democratizar muito mais porque fica muito, fica muito é... às vezes, inacessível, quando se coloca, né nem inacessível, é restrito. Fica muito restrito o acesso quando se coloca só em hospitais"*. Quanto a isso, as diretrizes da OMS (2019b) recomendam que a comunicação sobre a PrEP deve ser feita em múltiplos níveis e espaços, garantindo que a informação flua adequadamente e chegue aos potenciais usuários.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou avaliar o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids no contexto da implementação do programa de PrEP no HUWC, em Fortaleza, Ceará. Motivada pelas inquietações acerca da garantia de acesso, vinculação e adesão dos usuários a essa importante estratégia de prevenção ao HIV, a pesquisa se propôs a analisar a efetividade do programa, verificando se este cumpre as diretrizes nacionais e garante a universalidade do acesso aos serviços. Para tanto, foram traçados os contextos histórico, econômico, social e político em que se acham encravadas as origens do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids e do programa de PrEP, analisando-se, ao mesmo tempo, os seus conteúdos internos; caracterizou-se a cobertura do programa entre as populações-chave; determinou-se o grau de abandono; analisaram-se os determinantes da prática profissional da equipe multidisciplinar; e verificou-se a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde disponibilizados pelo programa de PrEP do HUWC.

Após uma avaliação em profundidade do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, com base em dados empíricos coletados durante a pesquisa e no referencial teórico apresentado, algumas considerações finais e sugestões para futuras pesquisas e intervenções se mostram necessárias. A investigação realizada permitiu uma imersão na realidade do programa de PrEP do HUWC, desvendando um conjunto de fatores que influenciam a dinâmica do acesso e da adesão dos usuários a esse serviço de saúde.

É inegável que o Programa Nacional de ISTs/HIV/aids tornou-se referência no enfrentamento da epidemia de HIV/aids no Brasil ao longo das últimas quatro décadas. Desde a sua criação, em 1985, o programa tem se adaptado às transformações no cenário epidemiológico e se mostrado um importante instrumento de promoção da saúde e prevenção de doenças infecciosas. A criação do programa de PrEP, em 2017, como parte integrante do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, é um exemplo da capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro às necessidades específicas de populações vulneráveis ao HIV/aids.

A análise dos dados coletados, tanto quantitativos quanto qualitativos, mostra que o programa de PrEP do HUWC possui potenciais que não estão sendo utilizados a contento devido a falhas estruturais e de gestão, bem como a um enfoque restrito a determinadas populações. A partir da triangulação de métodos, foram identificadas fragilidades que exigem atenção e intervenções direcionadas para garantir a efetividade e o alcance do programa. Para que este cumpra sua função de prevenção e controle do HIV/aids, é necessária uma revisão

crítica das suas práticas para alinhar-se fielmente aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, tão caros às diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Primeiramente, a análise do perfil sociodemográfico dos usuários ativos no programa de PrEP do HUWC demonstra que o mesmo não está sendo acessado de forma equitativa pelas diversas populações-chave. A maior parte dos usuários é formada por homens gays e HSH, com baixa representatividade de outros grupos como mulheres cis e trans, jovens, pessoas pretas e indivíduos de menor grau de escolarização. Essa disparidade no acesso nos dá indícios de que o programa pode estar perpetuando desigualdades em saúde, concentrando seus serviços em grupos sociais específicos e negligenciando outros que também necessitam de atenção e cuidados preventivos. A repercussão disso tende a desbalancear as metas de controle da epidemia de HIV/aids.

A cobertura atual do programa de PrEP do HUWC é, então, coerente com o público-alvo esperado, posto que gays e HSH estão entre os grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids no Brasil. Isso se alinha parcialmente às diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, que visa o acesso universal, mas, ao mesmo tempo, revela-se falho no atendimento ao princípio da equidade, dado que os demais grupos socialmente vulneráveis, seguem quase sob invisibilidade perante o programa. O mesmo pode ser dito em relação à faixa etária de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que igualmente dispõem de pouca participação aferida.

No caso do programa de PrEP do HUWC, é muito provável que as dificuldades enfrentadas por grupos como jovens, mulheres, pessoas pretas e populações menos escolarizadas sejam um sintoma da não adaptação do programa à diversidade sociocultural de seus potenciais usuários, o que pode criar barreiras adicionais para aqueles que já enfrentam outras formas de vulnerabilidade social.

Em segundo lugar, embora o programa de PrEP no HUWC tenha conseguido atrair um número considerável de usuários desde sua implementação, a taxa de abandono apresenta-se como um dos grandes desafios a serem enfrentados, haja vista que mais da metade dos usuários cadastrados no programa descontinuaram o uso da PrEP, tendo a maioria das desistências ocorrido logo após as primeiras consultas, fato que faz deste um fenômeno extremamente preocupante, uma vez que o impacto à epidemia de HIV/aids se faz pela promoção à saúde preventiva, a qual inclui o uso continuado da profilaxia.

A descontinuidade do uso da profilaxia compromete a efetividade da PrEP e aumenta o risco de infecção pelo HIV. As diretrizes do PCDT-PrEP e da OMS notabilizam a importância de uma boa adesão à PrEP para que a profilaxia seja eficaz na prevenção do

HIV/aids. Em decorrência disso, é imprescindível que as estratégias de retenção dos usuários no programa sejam revisadas e aprimoradas. O investimento em táticas que almejem o fortalecimento do vínculo com os usuários, oferecendo-lhes um maior apoio nos meses iniciais de adesão, poderá reduzir as taxas de abandono.

A não adesão ao tratamento com PrEP é um problema decorrente de múltiplas causas, que incluem a falta de informação adequada sobre a profilaxia, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o estigma associado ao uso de medicamentos para prevenção do HIV/aids. No contexto do HUWC, a alta taxa de abandono é indicativa de que o programa talvez não esteja oferecendo o suporte necessário para que os usuários superem esses entraves e se mantenham comprometidos com o seu tratamento preventivo.

A evidência disso é que, com relação à abordagem utilizada para incentivo à adesão dos usuários ao tratamento, em que pese haja um esforço individual dos profissionais em fornecer orientações, falta uma estratégia de adesão mais assertiva e formalmente estruturada. A adesão à PrEP, conforme previsto nas diretrizes do MS, deve ser ativamente incentivada por todos os membros da equipe multidisciplinar e não deixada exclusivamente a cargo do usuário.

A análise qualitativa das entrevistas com profissionais e usuários nos leva a crer que distorções como o acesso desigual e a alta taxa de abandono são ditadas pela forma como o programa de PrEP é implementado no HUWC. A falta de uma equipe multidisciplinar completa e devidamente capacitada, a estrutura precária de alguns serviços do programa, a burocracia no acesso (em sentido amplo) e a dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários são exemplos das características programáticas que aumentam a vulnerabilidade dos usuários e dificultam a adesão à profilaxia.

Conforme visto, as vulnerabilidades social e programática se manifestam de maneira evidente no abandono precoce dos usuários da PrEP, notadamente entre aqueles com dificuldades emocionais ou transtornos de saúde mental. Ficou claro que, quanto ao acompanhamento dos usuários, especificamente em termos de gestão de recursos humanos, o programa se encontra limitado em sua capacidade de promover o seguimento clínico, pois a estrutura de pessoal de que dispõe é composta por uma equipe multidisciplinar enxuta em que prevalece a centralização do atendimento nos profissionais de medicina e enfermagem, além de uma participação aquém do esperado para o profissional farmacêutico.

A ausência de acesso a um suporte psicossocial adequado no âmbito do programa é mais uma das barreiras à adesão ao tratamento preventivo, tendo em vista que, de acordo com os resultados deste estudo, houve menção ao envolvimento de transtornos psiquiátricos no processo de desistência de usuários do programa. Sendo assim, é importante que o programa

expanda o leque de profissionais disponíveis na equipe, incluindo, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais, como forma de consolidar a adesão e garantir um acompanhamento mais integral dos usuários, estratégia essa que visa qualificar a abordagem do atendimento da equipe multidisciplinar por meio da prestação de um apoio psicossocial formal aos usuários, conforme preconizado nas diretrizes para organização dos serviços de saúde que ofertam a PrEP no SUS do MS.

A indisponibilidade de um espaço físico mais adequado e exclusivo para o atendimento dos usuários e a dificuldade para realização de exames laboratoriais exaurem a qualidade e a continuidade do cuidado. No caso do HUWC, a precariedade desses tipos de estrutura pode ser considerada uma forma de vulnerabilidade programática que impede que o programa de PrEP atinja seus objetivos. Os problemas detectados durante o processo de obtenção de exames junto ao laboratório do hospital é um exemplo de empecilho prático que não favorece a ampliação do acesso ao diagnóstico no contexto do HUWC, como categoricamente previsto no segundo grande objetivo do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Ademais, o programa de PrEP do HUWC não vem oferecendo uma abordagem preventiva completa, pois a obtenção de insumos de prevenção também se encontra obstruída. Tal particularidade se desvirtua de uma das condições básicas do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids para a garantia da promoção à saúde como redutor da incidência de HIV/aids e de outras ISTs, qual seja o acesso a esses tipos de recursos, comprometendo a integralidade da assistência e o princípio de acesso facilitado. A bem da verdade, a oferta de insumos de prevenção deveria ser facilitada, inclusive porque não se pode pensar na PrEP dissociada da questão da prevenção combinada.

A forma de estruturação atual do programa de PrEP no contexto do HUWC, o qual se vale de um sistema que opera sob "porta fechada", acaba restringindo a entrada de novos usuários, dinâmica essa que, embora justificada pela escassez de recursos, representa uma trava ao acesso equitativo à saúde, colidindo com os princípios da universalidade e equidade do SUS e com as diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Esse cenário suscita a necessidade de interposição de medidas mais enérgicas para fomento à equidade e redução das barreiras de acesso ao programa de PrEP para as populações vulneráveis sub-representadas. Nesse sentido, a promoção de ajustes deve contemplar as especificidades de cada uma das populações, considerando-se que os diversos grupos sociais apresentam vulnerabilidades distintas em relação ao HIV/aids.

Em termos de propostas práticas, sugere-se a reabertura gradativa do programa a novos usuários, de modo a garantir a universalidade e equidade no acesso à PrEP, bem como

um alcance maior de usuários vulneráveis em termos quantitativos, ampliando seu impacto na prevenção de novas infecções por HIV/aids.

Apesar do *feedback* de satisfação dado pelos usuários que permanecem ativos no programa acerca de seu grau atual de comprometimento com a PrEP, é preciso pontuarmos que os aspectos acima destacados, ainda desafiam a rotina de uso e a regularidade do seguimento clínico. A dependência de um sistema de saúde sobrecarregado e, por vezes, ineficiente, dificulta o acompanhamento ideal de alguns usuários, podendo levar ao abandono do tratamento em certos casos, conforme explanado. A existência desses obstáculos preceitua melhorias no componente *Desenvolvimento Institucional e Gestão* do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, basicamente no que está relacionado à capacitação dos recursos humanos e à organização do serviço para garantir maior flexibilidade e acessibilidade.

No entanto, é indubitável que o programa de PrEP do HUWC traz benefícios diretos aos seus usuários como, por exemplo, a redução da ansiedade e do medo associados à infecção pelo HIV. A percepção de segurança põe em evidência a contribuição da PrEP na promoção da saúde mental e sexual, demonstrando que o programa atende, em certa medida, ao objetivo de promover a cidadania plena e a participação ativa no controle social das ações de saúde do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Além disso, não foi identificada na pesquisa uma rotina própria de monitoramento e avaliação estruturada internamente no hospital, embora haja o monitoramento externo dos dados do programa de via Siclom. Essa falta de acompanhamento sistemático pode ser considerada mais uma forma de vulnerabilidade programática que impede que o programa seja avaliado e ajustado de acordo com as necessidades dos usuários e as diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Diante disso, faz-se vital que o programa melhore a qualidade dos registros de informações e da sistemática de monitoramento, assegurando que, pelo menos, os dados dos usuários, cuja obrigatoriedade da coleta se faça necessária nas respectivas fichas de acompanhamento, sejam devidamente registrados e atualizados com fidedignidade a fim de evitar possíveis distorções na compreensão do perfil dos usuários.

As inconsistências observadas muito provavelmente impedirão os gestores do programa de serem retroalimentados com informações referentes à dimensão da efetividade das intervenções e a possíveis falhas de implementação. Ações de melhoria que possam dinamizar essa situação não apenas permitirão um melhor acompanhamento clínico dos usuários, como também fornecerão uma base sólida para a avaliação do impacto do programa a longo prazo e para a alocação de recursos adequados direcionados aos grupos sociais mais afetados.

O monitoramento e a avaliação são estratégias que integram os objetivos principais do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids e visam prover de estabilidade o processo de gestão das políticas de prevenção e controle do HIV/aids e das outras ISTs, sendo responsáveis pela sustentabilidade de suas ações. Dessa maneira, a situação em que se encontra o sistema de monitoramento e avaliação do programa de PrEP do HUWC se descola dos objetivos do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, amainando a posição do hospital enquanto agente transformador da epidemia de HIV/aids. Como forma de corrigir essa inconformidade, sugere-se a instituição de práticas de monitoramento e avaliação regulares, com reuniões periódicas para discutir o desempenho do programa e a adesão dos usuários.

Em relação à capacitação profissional dos membros da equipe multidisciplinar do programa, fica claro que o modelo de autoaprendizagem e treinamentos fragmentados é insuficiente para preparar a equipe frente às exigências do trato com populações vulneráveis ao HIV/aids. Todavia, as diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids estão na contramão dessa realidade, pois normatizam que a promoção de práticas sexuais seguras e a redução da incidência de ISTs dependem da criação de ambientes favoráveis e da capacitação contínua dos profissionais envolvidos.

Sendo assim, no âmbito institucional, é de grande valia reforçar iniciativas de capacitação dos recursos humanos, conforme proposto nas diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids. A implementação de metodologias educativas diferenciadas que permitam a atualização constante dos profissionais de saúde por meio de um processo de educação continuada que focalize, dentre outros aspectos, as especificidades das populações mais vulneráveis ao HIV/aids é uma recomendação altamente necessária ao aprimoramento da qualidade do serviço.

A análise das entrevistas com usuários e profissionais também expõe a necessidade de um sistema de comunicação dotado de maior dinamismo que aproxime usuários, profissionais e gestores do programa. A dificuldade de comunicação observada pode levar à descontinuidade do tratamento, à falta de informação útil sobre a PrEP e à insatisfação com o atendimento. O MS recomenda que os serviços de saúde estabeleçam um diálogo transparente e contínuo com os usuários, como forma de fortalecer a relação terapêutica e garantir a adesão ao tratamento preventivo.

A literatura e os resultados deste estudo confirmam, portanto, a ideia de que a desinformação se estabelece como um dos elementos dificultadores da vinculação e da permanência no programa. A resistência e a dificuldade enfrentadas por usuários potenciais na busca e adesão à PrEP podem ser resultantes desse panorama de falta de informação e redes de

apoio precárias. O estigma e a discriminação em torno do HIV/aids, da mesma forma, não podem ser ignorados, pois influenciam diretamente a disposição dos indivíduos em buscar e continuar o tratamento.

Os recursos informacionais parecem não estar sendo adequadamente transmitidos ou suficientemente acessíveis para suprir os usuários de pleno conhecimento a respeito da profilaxia, uma vez que restou comprovado que alguns deles ainda apresentam lacunas de esclarecimento mesmo após a adesão ao tratamento. A incompreensão sobre o uso da PrEP gera um déficit na estratégia de educação e comunicação do programa, que deveria ser mais certa na disseminação de informações.

A baixa familiaridade com a PrEP entre os usuários mesmo no período pós-adesão afronta a uma das diretrizes do subcomponente *Prevenção* do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, a qual valoriza o acesso à informação qualificada acerca dos meios de prevenção ao HIV/aids, o que deixa transparecer, por consequência, a inevitabilidade do fortalecimento das ações de promoção à saúde e da comunicação social, componentes que estruturam ordinariamente o programa nacional. Assim, uma ação mais contundente, plasmada em campanhas de prevenção em massa de iniciativa do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, aumentaria objetivamente o impacto desse programa.

Na realidade do programa de PrEP do HUWC, tudo isso se traduz em uma demanda latente por uma incisão dialógica mais profunda da qual compactuem os usuários, a equipe de saúde e a comunidade em geral. Essa prática deve ser incentivada pelo serviço, pois, quando os usuários compartilham suas experiências e conhecimentos, isso não apenas empodera os indivíduos, mas cria um ecossistema por meio do qual outras pessoas podem ser motivadas a buscar informações e tratamento preventivo.

Nota-se que a promoção de atitudes de não discriminação, mencionada nas diretrizes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, não está completamente difundida no contexto geral que envolve a implementação da PrEP. A estigmatização da PrEP percebida por usuários e profissionais do programa, ainda que em outros espaços de saúde, deixa nítido que a epidemia de preconceito do HIV/aids está mais viva do que nunca e não discerne quem a dissemina, constituindo-se em um poço de barreiras ao acesso equitativo e humanizado à saúde, assim como à adesão ao tratamento.

Além do incentivo às campanhas de prevenção, o impulso à criação e ao desenvolvimento de redes sociais de apoio no contexto do programa de PrEP do HUWC também são ações necessárias, para além da adesão ao tratamento, à construção de um espaço onde o conhecimento e a prevenção se tornam coletivamente valorizados. Os usuários devem

ser vistos como parte essencial desse processo, contribuindo com suas experiências e ajudando a romper as barreiras existentes neste contexto.

Estratégias como essa visam resgatar a diretriz proposta no subcomponente *Prevenção* do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids que versa sobre a criação de alternativas para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids com foco nas ações de promoção e prevenção à saúde que proporcionem suporte social aos grupos sociais envolvidos através do fortalecimento de redes sociais.

Portanto, ao incentivar, por exemplo, a presença de educadores de pares, promover campanhas de conscientização locais que desmistifiquem o uso da profilaxia e treinar os profissionais de saúde nas práticas mais recentes em relação à PrEP, o HUWC pode aumentar a visibilidade da profilaxia e a continuidade do tratamento. A integração de todas essas estratégias ajudará tanto na melhoria das condições de saúde individuais quanto contribuindo para uma transformação social mais ampla em torno do HIV/aids e das outras IST.

Superar a percepção de que esse recurso preventivo é pouco conhecido ou divulgado é uma ação que deve ser acompanhada também de uma comunicação ativa entre os diferentes serviços de saúde, garantindo que a PrEP seja visualizada como parte integrante de um conjunto de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva por meio da manutenção de um fluxo contínuo de informações. Em termos de articulação com outras esferas de governo e sociedade civil, há uma necessidade clara de estreitamento das relações de parceria com organizações comunitárias e ONGs para ampliar o alcance da PrEP.

O modelo atual de gestão e implementação do programa de PrEP do HUWC, apesar de envolver os usuários em sua saúde individual, pode ser expandido para incluir uma rede de suporte social maior, dotada, inclusive, de mecanismos de controle social, tais como a participação efetiva da comunidade em conselhos, comitês ou fóruns, o que possibilitaria alinhar-se às diretrizes de descentralização das ações do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

Nesse contexto, recomenda-se uma abordagem integrada que articule os três componentes do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, de modo a reforçar a importância dos serviços responsáveis pelo controle do HIV/aids e das outras ISTs. Investir em tal perspectiva é um caminho para que resultados como a redução da incidência de HIV/aids, bem como a ampliação do acesso a serviços de diagnóstico, tratamento e assistência sejam efetivamente alcançados.

Recomenda-se ainda que pesquisas futuras incluam análises longitudinais que foquem na retrospectiva da adesão ao tratamento e nas experiências vividas dos usuários para que sejam desenvolvidas intervenções mais assertivas e adaptadas às necessidades reais das

populações vulneráveis. Além disso, o fortalecimento da política de descentralização, com maior apoio a serviços fora dos grandes centros urbanos deve ser explorado, buscando capilarizar a cobertura do programa para as populações mais vulneráveis ao HIV/aids, priorizando-se aquelas do interior do estado.

Em conclusão, tem-se que, no que toca à avaliação do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids, à luz da implementação do Programa de PrEP no HUWC, embora haja diretrizes norteadoras a serem seguidas, suas estratégias não estão sendo praticadas fielmente no sentido de acompanhar essas diretrizes no caso concreto, uma vez que a realidade local da implementação do programa de PrEP no HUWC ainda carece de melhorias substanciais. Há áreas que precisam passar por uma reorganização imediata para que se possa alcançar uma maior efetividade na prevenção e no controle do HIV/aids e de outras ISTs.

A interação entre a equipe multidisciplinar, usuários, sociedade civil e gestores de saúde é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais acessível e equitativo no enfrentamento da epidemia de HIV/aids no Brasil. Somente por meio de um esforço conjunto e da colaboração entre os diversos atores envolvidos, direcionados à superação das barreiras identificadas, é que se permitirá ao programa de PrEP do HUWC ampliar seu impacto, principalmente entre aqueles mais vulneráveis, garantindo a plenitude do direito à saúde e a qualidade máxima do atendimento para todos os cidadãos, em conformidade com as diretrizes do SUS e do Programa Nacional de ISTs/HIV/aids.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA E ALMEIDA, M. **A representação social das Pessoas Vivendo com HIV/Aids na mídia impressa**. Orientador: Claudomilson Fernandes Braga. 2017. 164 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstreams/c2bbeaa1-9875-46b1-9422-2c5d1ed0ccee/download>. Acesso em: 24 out. 2023.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Temas em saúde collection. 160 p. ISBN 978-85-7541-343-2.
- ALMEIDA, L. S. **Superando o estigma e o preconceito na abordagem da Profilaxia de Pré-Exposição (PrEP) na Atenção Primária em Saúde (APS): uma proposta de oficina de prevenção combinada**. Orientador: Daniel Canavese de Oliveira. 2023. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/266419>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- ALMEIDA, M. R. C. B. **A trajetória silenciosa das pessoas portadoras do HIV contada pela História Oral**. Orientador: Liliana Maria Labronici. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/1469>. Acesso em: 29 jan. 2024.
- AMANO, A. T. L. **A estratégia oculta de continuidade: a política econômica do governo Sarney (1985-1990)**. Orientador: Wilson do Nascimento Barbosa. 2016. 174 f. Dissertação (Mestrado em História Econômica) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-29082016-102531/publico/2016_AndreTomioLopesAmano_VOrig.pdf. Acesso em: 2 out. 2023.
- AMARAL, M. S.; DUARTE, P. H. E. Neoliberalismo e dialética do capital fictício: a constituição de um novo padrão de dependência. **Leituras de Economia Política**, Campinas, v. 16, p. 111-138, jun. 2010. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3128/08%20MARISA.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.
- AMORIM, R. S. B. A temática do HIV/AIDS na produção narrativa brasileira: entre a representação literária e a representação social. *In*: CONGRESSO DE LITERATURA, SOCIEDADE, CULTURA E DIREITOS HUMANOS: LITERATURA, ARTE E POLÍTICA, 1., 2022, Online. **E-book** [...]. Goiânia: Casa da Música, 2023. p. 41-49. Disponível em: https://www.gaia.pro.br/_files/ugd/4ec1c2_54e18d2d3f624a9ca7f872d5b792f8f5.pdf#page=41. Acesso em: 29 ago. 2023.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it Matter? **J. Health Soc. Behav**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3861-3870,

2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n10/3861-3870/>. Acesso em: 9 dez. 2024.

ANUNCIÇÃO, M. S. **HIV positivo, corpos que resistem**: escrituras, identidades e subjetividades. Orientador: Arivaldo Sacramento de Souza. 2020. 175 f. Dissertação (Mestrado em Literatura e Cultura) - Instituto de Letras, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/35168/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_Maur%C3%ADcio%20Silva%20da%20Anuncia%C3%A7%C3%A3o_VERS%C3%83O%20FINAL2021-%20CORRIGIDA%20-%20VALENDO.pdf. Acesso em: 16 jan. 2024.

AVERBUG, M. Plano Cruzado: crônica de uma experiência. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, p. 211-240, dez. 2005. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/11943>. Acesso em: 28 fev. 2023.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 123–138, fev. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6ZKmv8XnCTSmq7x64HdnL6k/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 12 fev. 2024.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 375-417. (Saúde em debate, 170).

AYRES, J. R. C. M. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES NA TERCEIRA DÉCADA, 2., 2001, Fortaleza. **Anais eletrônicos** [...]. Rio de Janeiro: Abia, 2002. 40 p. Disponível em: https://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20prevencao%20a%20aids.pdf. Acesso em: 4 maio 2023.

BACCHINI, A. M. *et al.* Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 271-284, dez. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 ago. 2023.

BARATA, G. F. **A primeira década de Aids no Brasil**: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992). Orientador: Gildo Magalhães dos Santos Filho. 2006. 195 f. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-07072006-124258/publico/Dissertacao-GermanaBarata.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BARATA, R. B. *et al.* Introdução. In: BARATA, R. B. *et al.* **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 11-19. Série Epidemiológica n. 1. ISBN 85-85676-34-5. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3y5xk/pdf/barata-9788575412640.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2023.

- BARBOSA JUNIOR, J. B.; SOUZA, M. As primeiras notícias da Aids no Brasil no jornal O Estado de S. Paulo: uma análise. **R. Dito Efeito**, Curitiba, v. 11, n. 19, p. 71-92, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/de/article/view/13110/8158>. Acesso em: 6 ago. 2023.
- BARBOSA, W. N. Globalização: uma péssima parceria. **São Paulo em Perspectiva**, v. 12, n. 3, p. 79-88, 1998. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v12n03/v12n03_11.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p. ISBN 972-44-0898-1. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN__L._1977._Analise_de_conteudo._Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf. Acesso em: 1 nov. 2023.
- BARP, L. F. G.; MITJAVILA, M. R. O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300319, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3ZSRsv5Rj7bgpqcXNfjPXpD/#>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- BARROS, S. G. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2018, 335 p. ISBN 978-85-232-2030-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jb7tc/pdf/barros-9788523220303.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2023.
- BARSZCZ, M. V. **História, memória e protagonismos: a associação Reviver de assistência ao portador de HIV e a resposta do município de Ponta Grossa à AIDS**. Orientador: José Augusto Leandro. 2020. 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/3222/1/Marcos%20Vinicio%20Barszcz.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 1), p. 65-76, 2000. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v16s1/2213.pdf. Acesso em: 5 ago. 2023.
- BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 104 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-301-2. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/ck2pg/pdf/bastos-9788575413012.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.
- BOTARO, N. A trajetória do sistema de saúde no Brasil: considerações sobre o cenário atual. **Escrita da História**, [S. l.], ano I, v. 1, n. 2, p. 157-185, abr. 2015. Disponível em: <https://www.escritadahistoria.com/index.php/reh/article/view/19>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BRAGA, P. V. B. A DRU e a “Constituição dirigente invertida”: o direito econômico e social à disposição do direito financeiro. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério**

Público de São Paulo, v. 5, p. 239-254, 2014. Disponível em:

https://es.mpsp.mp.br/revista_esmp/index.php/RJESMPSP/article/view/60/73. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Estabelece as diretrizes para o programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, no âmbito do território nacional: atribui à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a coordenação do mesmo. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 123, n. 83, p. 6856, 6 maio 1985. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/398079/DO_1_19850506_083.PDF/44ae8c0b-d333-a237-e23a-fffa937b22d2?version=1.0&t=1574865501913&previewFileIndex=32.

Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 124, n. 246, p. 19827, 24 dez. 1986. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/398114/DO_1_19861224_246.PDF/4da244ff-1d08-188d-d177-13abccbf3512?version=1.0&t=1574866757937&previewFileIndex=99.

Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos. Portaria nº 18, de 6 de outubro de 1987. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 125, n. 192, p. 16605, 8 out. 1987. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/398020/DO_1_19871008_192.PDF/f0e2d3a9-b544-9f93-0a91-5fe126c4c5d7?version=1.0&t=1574866429827&previewFileIndex=81.

Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 18, p. 1609, 27 jan. 1988a. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/397981/DO_1_19880127_018.PDF/fe714214-d599-cb6b-ccee-ae3fb19af324?version=1.0&t=1574865222240&previewFileIndex=1.

Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) os benefícios que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 173, p. 17305, 9 set. 1988b. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/397981/DO_1_19880909_173.PDF/6e37087f-4a93-1834-a01f-6261172e914e?version=1.0&t=1574866662670&previewFileIndex=1.

Acesso em: 13 nov. 2023.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a. Disponível em:

http://museu.in.gov.br/documents/271518/378815/DO_1_19900920_182.PDF/bfcae3b2-

1859-c2da-3f2d-03ee9085279e?version=1.0&t=1574863967737&previewFileIndex=1.
Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990b. Disponível em:
http://museu.in.gov.br/documents/271518/378815/DO_1_19901231_249.PDF/a4e44124-4dd5-0812-71c0-9445ac124574?version=1.0&t=1574864471943&previewFileIndex=4. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 222, p. 23725, 14 nov. 1996. Disponível em:
http://museu.in.gov.br/documents/271518/330068/DO_1_19961114_222.pdf/a61e24d4-8de8-0f1e-c319-e4f6f29844af?version=1.0&t=1574798994133&previewFileIndex=1. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 105, p. 1-5, 3 jun. 1998. Disponível em:
http://museu.in.gov.br/documents/271518/310495/DO_1_19980604_105.pdf/e090c47f-debb-0be3-4fb1-8ea68fba77ec?version=1.0&t=1574795263687&previewFileIndex=9. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 29, p. 1-2, 11 fev. 1999a. Disponível em:
http://museu.in.gov.br/documents/271518/300973/DO_1_19990211_029.pdf/f63ff7af-3fd1-4c59-6722-f26b02ac3e02?version=1.0&t=1574792878207&previewFileIndex=57. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/Aids**: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999b. 90p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 2 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Legislação básica do SUS**: 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 187 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11conflegis_bas.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **AIDS II**: relatório de implementação e avaliação - dezembro de 1998 à maio de 2001 (Acordo de Empréstimo - BIRD 4392/BR). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 267p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/154_12aidsII.pdf. Acesso em: em 19 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 145 p. (Série Manuais, n. 52). Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manHSH01.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 96 p. (Série Programa Nacional n. 9). ISBN 85-334-0403-4. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_06.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 136 p. (Série Legislação nº 3). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 448p. Série B. Textos Básicos de Saúde. ISBN 978-85-334-1657-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 21, de 25 de maio de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 101, p. 73, 29 mai. 2017a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-21-de-25-de-maio-de-2017-20241930>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 101, p. 73, 29 mai. 2017b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-22-de-25-de-maio-de-2017-20241923>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para o monitoramento e avaliação (M&A) das ações de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. 40 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_monitoramento_avaliacao_acoes_ist_hiv_aids_hepatites_virais.pdf. Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde**. 1. ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. 60 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/diretrizes_prep_05_2018_web_11.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 52 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de implantação: PrEP HIV**. 2. ed. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66566/relatorio_de_implantacao_da_profilaxia_pre-exposicao_web-1.pdf?file=1&type=node&id=66566&force=1. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2022**. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 78 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/@@download/file. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel PrEP**. Brasília, Brasília, 23 ago. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 52 p. ISBN 978-65-5993-280-1. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/@@download/file. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 190, p. 360-568, 3 out. 2017d. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2017&jornal=1040&pagina=360&totalArquivos=716>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2023]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/constituicao1988/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC%20131.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI 10.1191/1478088706qp063oa. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 18 jun. 2024.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annual Review of Public Health**, San Francisco, v. 27, n. 1, p. 167-194, apr. 2006. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **J Epidemiol Community Health**, San Francisco, v. 57, p. 254-258, apr. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732430/pdf/v057p00254.pdf>. Acesso em 18 jan. 2024.

BRAZ, C. A. “Mas agora confessa...”: notas sobre clubes de sexo masculinos. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, [S. l.], n. 4, p. 127-156, 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/30353595.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Os três ciclos da sociedade e do estado. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 41, p.13-51, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5625/4428>. Acesso em 8 mar. 2023.

BRISA, M. PEP e PrEP: onde e como acessar profilaxia contra HIV em Fortaleza? **O Povo**, Fortaleza, 5 out. 2021. Saúde. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/saude/2021/10/05/pep-e-prep-onde-e-como-acessar-profilaxia-contr-hiv-em-fortaleza.html>. Acesso em: 18 out. 2023.

CALAZANS, G. J. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens**. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. 2018. 209 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22102018-120508/pt-br.php>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CALAZANS, G. J.; PARKER, R. G.; TERTO JUNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial 7, p. 207-222, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qr9cptjJJgsCKJzQnJtJ4bw/>. Acesso em: 13 out. 2023.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. M. 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, n. 29, p. 263-293, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2023.

CAMARGO JUNIOR, K. R.; CHEQUER, P. **AIDS vinte anos: esboço histórico para entender o Programa Brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 out. 2005. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>. Acesso em: 7 set. 2023.

CANDAU, V. M. F. Diferenças culturais, cotidiano escolar e práticas pedagógicas. **Currículo sem Fronteiras**, v. 11, n. 2, p.240-255, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://saopauloopencentre.com.br/wp-content/uploads/2019/05/candau.pdf>. Acesso em: 13.01.2023.

CARNEIRO, R.; BRASIL, F. P. D. **O papel do Estado e as reformas na Administração Pública**: da Constituição Federal de 1988 ao contexto pós pandemia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 62 p. (Textos para Discussão, n. 49). Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/PJSSaudeAmanha_Texto0049_v02.pdf. Acesso em: 3 dez. 2022.

CARNEIRO, R. M. **Estagnação e hiperinflação**: (A economia brasileira nos anos 80). Orientador: João Manoel Cardoso de Mello. 1991. 251 f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.1991.35921>. Acesso em: 13 dez. 2023.

CARTAXO, M. G. Ativismo e construção de significado: a política de AIDS do governo federal. *In*: ABERS, R. N. (org.). **Ativismo institucional**: criatividade e luta na burocracia brasileira. Brasília: UnB, 2021, p. 221-251. ISBN: 978-65-5846-159-3. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786558461593.0007>. Acesso em: 12 nov. 2023.

CARVALHO JUNIOR, E. F. **(De)leites (PrEP)arados**: uma etnografia sobre a Profilaxia de Pré-Exposição ao HIV em Anápolis/GO. Orientador: Camilo Albuquerque de Braz. 2021. 138 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Anápolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstreams/b3e09cea-635b-4dcf-a150-5ddb04bd4f60/download>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CASTOLDI, L. *et al.* Profilaxia pós-exposição ao HIV em populações vulneráveis: estudo longitudinal retrospectivo em um ambulatório da rede pública do Rio Grande do Sul, 2015-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 2, p.1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/7VVwXbcCjGytSNCyBw57FtH/>. Acesso em: 11 set. 2023.

CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil**: limites e possibilidades. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2005. 608 p. ISBN 85-7562-029-x. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/respostas_desafios_AIDS_brasil_limites_possibilidades.pdf. Acesso em: 25 maio 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2022. 27 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Epidemiologico_hiv aids_01122022.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Taxa de detecção de HIV em adultos. *In*: CEARÁ. Secretaria da Saúde. **IntegraSUS**: transparência da saúde do Ceará. Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://integrasmus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-vigilancia-saude/estrategico-vigilancia-saude/tax-infeccao-hiv>. Acesso em: 23 out. 2023.

CEZAR, V. M.; DRAGANOV, P. B. A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, 2014. DOI: 10.17921/1415-6938.2014v18n3p%p. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/1146>. Acesso em: 5 ago. 2023.

COELHO, V. S.; LAVALLE, A. G. Os movimentos negro e indígena e a política de saúde e de HIV/Aids: institucionalização e domínio de agência. In: LAVALLE, A. G. *et al.* (org.). **Movimentos sociais e institucionalização**: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018. cap. 7, p. 331-373. Sociedade e política collection. ISBN 978-85-7511-480-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/v4cnf/pdf/lavalle-9788575114797.pdf#page=23>. Acesso em: 1 ago. 2023.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Gestão orçamentária e financeira do SUS**. Brasília: CONASEMS, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Relatorio-de-Pesquisa-Gestao-orcamentaria-e-financeira-do-SUS.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024

CONITEC – COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS. **Relatório de recomendação 273**: tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 46 p. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relat%C3%B3rio_TenofovirEntricitabina_PREP_Recomendacao_2017.pdf. Acesso em 4 out. 2021.

CONTRERA, W. F. **Gapas**: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 68 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/179_2Gapas.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

CORDEIRO, I. D.; PINTO, A. P. Aids e deficiências: os direitos humanos como interface. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 9-112. ISBN 978-85-334-1522-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

CROCHIK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 47-70, dez. 1996. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 1 fev. 2024.

CRUZ, M. M. **Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens**: estudo de caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do município do Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4458/ve_Marly_Cruz_ENSP_2006.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 17 jul. 2022.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, Fiocruz, 2009. cap. 1, p. 21-34. ISBN 978-85-61445-46-1. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

CUETO, M.; LOPES, G. **Uma história global e brasileira da Aids, 1986-2021**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. 174 p. ISBN 978-65-5708-183-9.

DANIEL, H. O primeiro AZT a gente nunca esquece. *In*: DANIEL, H.; PARKER, R. G. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abia, 2018. p. 139-143. Disponível em: https://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf. Acesso em: 16 jan. 2024.

DANIEL, H.; PARKER, R. G. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abia, 2018. 143 p. Disponível em: http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.

DOMINIAN, J. **Maturidade sexual: a solução para a AIDS**. São Paulo: Edições Loyola, 1989. 141 p. ISBN 85-15-00013-X. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=E01UBZ38LSIC&oi=fnd&pg=PA2&dq=revolu%C3%A7%C3%A3o+sexual+e+aids&ots=LWoZhkcMvX&sig=UfZRKTM4tg3xS4uIfXp8ls1Dlh4#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 13 maio 2023.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for Health Care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973. 649 p. SBN 674-04980-2. Disponível em: <https://archive.org/details/aspectsofmedical0000dona/mode/2up>. Acesso em: 24 jun. 2023.

EBSERH - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC/UFC: dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa**. Brasília: Ebserh, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-nordeste/huwc-ufc/dimensionamento-de-servicos>. Acesso em: 29 out. 2023.

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **HUWC celebra 60 anos de existência com o maior evento de sua história**. [S. l.], 29 jul. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/huwc-celebra-60-anos-de-existencia-com-o-maior-evento-de-sua-historia>. Acesso em: 28 out. 2023.

EDMUNDO, K. Políticas de prevenção: a prevenção como um direito. *In*: LEITE, V.; TERTO JUNIOR, V.; PARKER, R. G. (org.). **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. Rio de Janeiro: Abia, 2020. p. 16-21. ISBN 978-65-87854-01-4. Disponível em: http://abiadays.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

EMMERICK, I. C. M. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de

Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2624>. Acesso em: 27 set. 2022.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. *In: Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In: LIMA, N. T. et al. (org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, ISBN 978-85-7541-367-8. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf. Acesso em: 1 abr. 2023.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL**, [S. l.], v. 10, n. 18/19, 2003. Disponível em: <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/ael/article/view/2510>. Acesso em: 8 jan. 2023.

FERNANDES, N. M. Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil. **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, n. 63, p. 8-12, out. 2018. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Equidade. *In: PenseSUS – A reflexão fortalece essa conquista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, [2013]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 1 fev. 2024.

FIORINI, L. R.; MANSO, M. E. G. As origens da medicina ocidental: Mesopotâmia e Egito antigo. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 4, p. 16609–16615, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n4-174. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33997>. Acesso em: 28 dez. 2023.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. Disponível em: <https://campodiscursivo.paginas.ufsc.br/files/2020/04/Trecho-O-dispositivo-da-sexualidade-1976-Hist%C3%B3ria-da-sexualidade-I-A-vontade-de-saber.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de Mexico**, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 438-453, set./out. 1985. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>. Acesso em: 14 mar. 2023.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 48. ed. São Paulo: Global Editora e Distribuidora Ltda, 2003.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 125 p. Disponível em: <http://giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/4.pdf>. Acesso em 23 jan. 2024.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1959. 224 p.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Editora 34, 2000. 256 p. ISBN 85-7326-162-5. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=wzXSb_rpKvsC&pg=PA3&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=ABIA&f=false. Acesso em: 17 mar. 2023.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: Abia, 2002. 30 p. v. 2. ISBN 85-88684-04-7. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N2.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

GARCIA, A. P. M. R. **Brasil devedor: o governo José Sarney e moratória financeira de fevereiro de 1987**. Orientador: Felipe Pereira Loureiro. 2020. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-13082020-125254/publico/2020_AnnaPaulaMartinsRangelGarcia_VCorr.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 10, ISBN 978-85-7541-367-8. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf. Acesso em: 1 abr. 2023.

GIDDENS, A. Política, governo e movimentos sociais. In: GIDDENS, A. **Sociologia**. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 1124-1173.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-5142-5. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6598370/mod_resource/content/1/Livro%20Gil%2C%20Antonio%20Carlos.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

GIV – GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. Prevenção para HIV com medicamento será incorporada ao SUS. **Boletim Vacinas: anti-HIV/Aids**, São Paulo, n. 31, p. 8-9, ago. 2017. Disponível em: <http://giv.org.br/boletimvacinas/31.html>. Acesso em: 31 out. 2023.

GODDARD, M; SMITH, P. C. Equity of access to health care services: theory and evidence. **Social Science and Medicine**, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158 p. ISBN 978-85-216-1255-1. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4216053/mod_resource/content/0/AULA%2012_Goffman%20-%20Estigma.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

GRANJEIRO, A. A promessa da PrEP: é possível superar a insuficiência da resposta brasileira e afirmar novos valores de protagonismo e liberdade sexual? **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, n. 63, p. 13-16, out. 2018. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

GRANJEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>. Acesso em: 13 out. 2023.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>. Acesso em: 7 ago. 2023.

GUERRA, A. *et al.* **Poder e corrupção do capitalismo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2017. 256 p. ISBN 978-85-5708-095-9. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Poder-e-Corruptao.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

HARVEY, D.; MATEOS, A. V. **Breve historia del neoliberalismo**. Madrid: Ediciones Akal, S. A., 2007. ISBN 978-84-460-2517-7.

IGNÁCIO, G. S. “**inventário dos dias de hiv e aids**”: (imagens da morte - morte das imagens). Orientador: Claudia Luiza Caimi. 2022. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/264277>. Acesso em: 5 jul. 2023.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Alínea, 2016. 166 p. ISBN 978-85-7516-761-8. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7842005/mod_resource/content/1/Januzzi.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

KLEIN, C. *et al.* A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: um histórico institucional. In: TERTO JUNIOR, V.; PARKER, R. G. (org.). **Solidariedade**: a ABIA na virada do milênio. Rio de Janeiro: Abia, 2001. Disponível em: http://www.abi aids.org.br/_img/media/Livro%20Solidariedade.pdf. Acesso em: 26 fev. 2023.

KUHN, C. V. **Ajuste recessivo em contexto de abertura**: ciclo político e impasses da política econômica do governo Figueiredo (1979-1985). Orientador: Pedro Cezar Dutra Fonseca. 2013. 172 f. Tese (Doutorado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/79109/000897626.pdf?sequence=1&isAll owed=y>. Acesso em: 26 out. 2023.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. **Hegemonia e estratégia socialista**: por uma política democrática radical. 1. Ed. São Paulo: Intermeios, 2015. 288 p. ISBN 978-85-8499-008-5.

LANÇAMENTO da Campanha Nacional de Prevenção ao HIV/Aids. Publicado pelo canal do Ministério da Saúde. 1 dez. 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1 vídeo (1h08min20s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WCrk3xm45pI>. Acesso em: 15 out. 2023.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015 a. 464 p. v. 1. ISBN 978-85-334-2391-6. Disponível em: unesdoc.unesco.org/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_ed1ac032-b071-4ba0-960a-73df1e031bab?_=235557por.pdf&to=434&from=1. Acesso em: 7 abr. 2023

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015 b. 360 p. v. 2. ISBN 978-85-334-2392-3. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/HISTORIAS_DA_AIDS_NO_BRASIL.pdf. Acesso em: 8 abr. 2023.

LEITE JÚNIOR, A. D. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2012. 88 p. ISBN 978-85-61608-83-5.

LIMA, A. C. T. A influência da experiência da AIDS no movimento homossexual do Rio de Janeiro na década de 1990. *In*: FRANCO, S. P.; SILVA, S. S. A.; NOGUEIRA, A. L. L. (org.). **Artes de curar: doenças em perspectiva**. Vitória: Milfontes, 2019. p. 385-401. ISBN 978-85-94353-71-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Dias-15/publication/336927797_Colera_na_America_Latina_ficcao_e_realidade_de_uma_epidemia_nos_fins_do_seculo_XIX/links/5dbb6c944585151435dad4fa/Colera-na-America-Latina-ficcao-e-realidade-de-uma-epidemia-nos-fins-do-seculo-XIX.pdf#page=370. Acesso em: 29 jul. 2023.

LINDNER, L. Projeto combina oferece PEP e PrEP para observar se há mudança de comportamento: estudo antecipa problemas de implementação da PrEP no SUS. **Boletim Vacinas: anti-HIV/Aids**, São Paulo, n. 31, p. 2-5, ago. 2017. Disponível em: <http://giv.org.br/boletimvacinas/31.html>. Acesso em: 31 out. 2021.

LUI, L. **O HIVAIDS na revista Veja na década de 1980**. Orientador: Francis Moraes de Almeida. 2013. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/27451/TCC%20Lizandro%20Lui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 abr. 2023.

LYRA, R. P. A democracia participativa na gestão pública brasileira. *In*: NASSIF, G. (org.). **Tópicos especiais de direito público e privado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 393-416. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/participacao/images/A%20DEMOCRACIA%20PARTICIPATIVA%20NA%20GEST%3%83O%20P%3%9ABLICA%20BRASILEIRA.docx#:~:text=A%20democracia%20participativa%20brasileira%20apresenta,experi%3%AAncia%20em%20curso%20na%20atualidade>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MACARINI, J. P. **A política econômica do governo Sarney: os planos Cruzado (1986) e Bresser (1987)**. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, mar. 2019. 63 p. ISSN 0103-9466. (Texto para discussão, n. 157). Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/1787/texto157.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.

MACIEL, D. **De Sarney a Collor: reformas políticas, democratização e crise (1985-1990)**. Orientador: Elio Cantalício Serpa. 2008. 387 f. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/113/o/MACIEL__David.pdf. Acesso em: 7 jul. 2023.

MACRAE, E. **A construção da igualdade: política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”**. Salvador: EDUFBA, 2018. 377 p. ISBN 978-85-232-1998-7. DOI <https://doi.org/10.7476/9788523219987>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/yn5sj/pdf/macrae-9788523219987.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.

MAGRI, M. M. A aids nas crônicas de Caio Fernando Abreu. **Estação Literária**, Londrina, v. 11, p. 170-182, jul. 2013. DOI: 10.5433/el.2013v11.e28228. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/estacaoliteraria/article/view/28228>. Acesso em: 13 jan. 2023.

MALTA, M.; BASTOS, F. I. Aids: prevenção e assistência. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 31, p. 933-957. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 41-65, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKGNgGfjKQvqfM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MELLO, M. C. P. F. Sistema de saúde, políticas públicas e o papel das ONGs no enfrentamento da epidemia da AIDS: questões teóricas. **Cadernos de Campo**, Araraquara, n. 6, p. 67-81, 1 jan. 1999. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/10324>. Acesso em: 9 jan. 2023.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington (DC): National Academies Press, 1993. 240 p. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>. Acesso em: 26 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 1-34. ISBN 85-89697-06-1. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Minayo/publication/33024173_Avaliacao_por_Triangulacao_de_Metodos_Abordagem_de_Programas_Sociais/links/571d440308ae6eb94d0e50a0/Avaliacao-por-Triangulacao-de-Metodos-Abordagem-de-Programas-Sociais.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 80 p. ISBN 85.236.1145-1. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.

MIRANDA, A. A. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 11-24. ISBN 978-85-334-1522-5. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 25-45, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 set. 2023.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 207 p. ISBN 978-85-7541-423-1. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42091/monteiro-9788575415344.pdf?sequence=3>. Acesso em: 13 ago. 2023.

MONTEIRO, A. P. V. B; ANDRADE, K. S. **O aumento do HIV entre jovens e a aderência da profilaxia de Pré-Exposição (PrEP) como intervenção**. 2019. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/262/1/Ana%20Paula%200001559%20Karine%20Andrade%200002201.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023.

MUÑOZ, R. L. S.; MIGUEL, L. D. P. **Estigma e discriminação sociais como fardo oculto no processo saúde-doença**. João Pessoa: UFPB, 2020. 221 p. ISBN 978-65-5942-052-0. Disponível em: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/828/866/6815-1>. Acesso em: 21 jan. 2024.

NASCIMENTO, D. R. A AIDS no final do século XX. *In*: NASCIMENTO, D. R. **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 81-112. ISBN 85-7541-052-0. (Coleção História e Saúde). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/7wcpn/pdf/nascimento-9786557081143-06.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

NASCIMENTO, R. Manchetes da Folha de S. Paulo atribuindo o HIV à população LGBT. *In*: **Operação tarântula: perseguição a trans e travestis completa 35 anos**. [S. l.]: Portal iG, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://queer.ig.com.br/2023-02-27/operacao-tarantula--perseguciao-a-pessoas-trans-e-travestis-completa-35-anos.html?Foto2>. Acesso em: 7 set. 2023.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>. Acesso em 4 fev. 2023.

NOGUEIRA, T. S. **Licenciamento compulsório e acesso ao tratamento do HIV/AIDS no Brasil**. Orientador: Nilson do Rosário Costa. 2013. 118 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24418/ve_Tatiana_Siqueira_ENSP_2013?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 nov. 2023.

OLIVEIRA, R. A. *et al.* Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. **Revista Psicologia para América Latina**, v. 23, p. 47-64, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/3848993/Equidade_s%C3%B3_no_papel_Formas_de_preconceito_no_Sistema_%C3%AAnico_de_Sa%C3%BAde_e_o_princ%C3%ADpio_de_equidade. Acesso em: 27 mar. 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Documento de base para a consulta técnica sobre a cobertura eficaz dos sistemas de saúde**. Genebra: OMS, 2001.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ferramenta da OMS para implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV**. Módulo 5: monitoramento e avaliação. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2019a. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51561/OPASCDE19012_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 jun. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ferramenta da OMS para implementação de profilaxia pré-exposição (PrEP) oral ao HIV**. Módulo 2: Educadores da comunidade e apoiadores. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019b. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51555/OPASCDE18055_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 jun. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ferramenta da OMS para implementação de profilaxia pré-exposição (PrEP) oral ao HIV**. Módulo 3: Aconselhadores. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019c. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51556/OPASCDE18056_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 jun. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-232-0529-4. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2023.

PARKER, R. G. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982–1996. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 1, n. 27, p. 8-49, 2003. Disponível em: <http://abi aids.org.br/wp->

content/uploads/2019/03/4-Construindo-os-alicerces-para-a-resposta-ao-HIV_AIDS-no-Brasil-o-desenvolvimento-de-poli%CC%81ticas-sobre-o-HIV_AIDS-1982-%E2%80%93-1996-2.pdf. Acesso em: 13 nov. 2023.

PARKER, R. G. **A Construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia/IMS-UERJ/Relume-Dumará Editores, 1994. 141 p. (Série História Social da AIDS, vol. 3).

PARKER, R. G. Introdução. *In*: PARKER, R. G. (org.). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

PARKER, R. G. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. *In*: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. cap. 1, p. 25-46. ISBN 978-85-7541-534-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hrc5s/pdf/monteiro-9788575415344-03.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2024.

PARKER, R. G.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Abia, 2021. 108 p. ISBN 978-65-87854-07-6. Disponível em: <http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2023.

PASCUAL, A. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 27-32. ISBN 978-85-334-1522-5. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf. Acesso em: 26 dez. 2022.

PEREIRA, T. J. E. **A gestão de uma epidemia: estabilidade e mudança no campo do HIV/AIDS no Brasil (1980-2013)**. Orientadora: Letícia Maria Schabbach. 2021. 344 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/242273/001145233.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jan. 2023.

PINTO, E. C. **Nova República (1985-1989): transição democrática, crise da dívida externa, inflação, luta pela apropriação da renda e fim do desenvolvimentismo**. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019. 47 p. (Texto para discussão, n. 7). Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/TDS/2019/TD_IE_007_2019_PINTO.pdf. Acesso em: 2 out. 2023.

PIRES, D. R. F. **Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do programa de AIDS**. Orientador: Ruben Araújo Mattos. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

POLIDORO, M. *et al.* O panorama atual da estratégia da profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no Brasil e os caminhos possíveis para busca da equidade em saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p.1-11, 2020. ISSN 2178-7085. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/5797>. Acesso em: 5 set. 2023.

PRADO JÚNIOR, C. **Formação do Brasil contemporâneo: colônia**. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 276 p. ISBN 978-85-7717-158-3. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1067-1078, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400027>. Acesso em: 9 jul. 2023.

REDON, S. A.; CAMPOS, E. C. S. A pobreza da pobreza do Banco Mundial: influência neoliberal e determinação nos países em desenvolvimento. **Emancipação**, Ponta Grossa - PR, Brasil, v. 21, p. 1–21, 2021. DOI: 10.5212/Emancipacao.v.21.2115040.021. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/15040>. Acesso em: 6 set. 2023.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, ano 1, v. 1, n.1, p. 7- 15, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22510>. Acesso em: 28 jun. 2021.

RODRIGUES, L. C. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Desenvolvimento em Debate**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 103-115, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31893/18057>. Acesso em: 27 out. 2023.

SALLUM JÚNIOR, B. Metamorfoses do Estado brasileiro no final do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, p. 35-55, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092003000200003>. Acesso em: 20 maio 2022.

SANT ANA, A. L. **As consequências da revolução sexual: uma reflexão sobre as transformações da vida íntima em tempos de modernidade líquida**. Orientador: André Moyses Gaio. 2016. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/bach/wp->

content/uploads/sites/537/2016/10/ANDERSON-LU%C3%8DS-DE-SANT%C2%B4ANA-sda.pdf. Acesso em: 6 jul. 2023.

SANTOS, L. A. C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. Os anos 80: a politização do sangue. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 107-149, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HLrkyKL54XHtSFRPKmWSvmC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SCHAURICH, D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 115–127, 2013. DOI: 10.21527/2176-7114.2004.06.115-127. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325>. Acesso em: 7 fev. 2023.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, 294 p.

SESSIONS, G. **Avaliação em HIV/aids: uma perspectiva internacional**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. 36 p. (Coleção Fundamentos de Avaliação, n. 2). Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N2.pdf. Acesso em: 29 ago. 2021.

SILVA, D. A. R. **A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV e a saúde sexual: estudo de métodos mistos**. Orientadora: Deise Lisboa Riquinho. 2023. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/259691/001171446.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 7 ago. 2023.

SILVA, L. C. **Preparades na APS: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde de Porto Alegre sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)**. Orientador: Luciana Barcellos Teixeira. 2019. 116 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202322>. Acesso em: 24 maio 2023.

SILVA, S. C. **A resposta brasileira à AIDS: o percurso dos anos iniciais das ONGs até 2001**. Orientador: Marcos Cueto. 2022. 265 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_ppghcs_sandro_coutinho_silva.pdf. Acesso em: 1 set. 2023.

SIMÕES, J. A. Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-Aids. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 313-339, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.15.a>. Acesso em: 4 ago. 2023.

SIMÕES, M. **Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos antirretrovirais: uma breve comparação de preços no Brasil e na América Latina**.

Orientador: Flávia Mori Sarti. 2012. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:
http://www.each.usp.br/flamori/images/TCC_Marcela_2012.pdf. Acesso em: 26 nov. 2023.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization, 2010. 75 p. ISBN 9789241500852. Disponível em:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 5 fev. 2024.

SOLIVA, T. B. Uma cultura dos contatos: sexualidades e erotismo em duas obras de Gilberto Freyre. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 6, n. 7, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2246>. Acesso em: 13 maio. 2023.

SOUSA, L. M. S. **Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/26706>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF..: novos rumos para atenção em saúde mental?**
 Orientador: Francisco Javier Uribe Rivera. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4644/679.pdf?sequence=2>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SOUZA, B. M. B. *et al.* A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010. Disponível em:
<https://www.semanticscholar.org/reader/a5a3523805ca88dbfada1ed246fc6b0f2372aa8b>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SOUZA, C. A. **População com HIV e AIDS: traços da realidade socioepidemiológica em Aracaju/SE**. Orientador: Vânia Carvalho Santos. 2022. 180 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022. Disponível em:
https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/17540/2/CLEVERTON_ALVES_SOUZA.pdf. Acesso em: 15 abr. 2023.

SOUZA, J. H. **A cura da Aids**. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 49 p. ISBN 8585427728. Disponível em:
http://www.abiaids.org.br/_img/media/A%20Cura%20da%20AIDS.pdf. Acesso em: 1 dez. 2023.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 44 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.

SOUZA, W. A.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da AIDS no Brasil. **Revista Eletrônica**

Gestão & Saúde, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 487-500, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2577/2300>. Acesso em: 10 dez. 2023.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. *In*: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. p. 207-246. ISBN 85-87853-72-4. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2023.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. *In*: PARKER, R. G. (org.). **Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p. 43-68. ISBN 978-85-7110-430-3.

TERTO JÚNIOR, V. S.; RAXACH, J. C. Preconceitos e estigmas: no caminho para uma prevenção combinada. **Boletim Abia**, Rio de Janeiro, n. 63, p. 4-7, out. 2018. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/BOLETIM_ABIA_63_PrEP_completo.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 6, p. 183-206. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. 4. ed. rev. atual. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018. 522 p. ISBN 978-85-470-0065-3.

UNAIDS – PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Estigma e discriminação relacionados ao HIV**. [S. l.: s. n.], 2021. (Série de fichas informativas sobre direitos humanos, n. 7). Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_pt.pdf. Acesso em: 29 dez. 2023.

UNAIDS – PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Evidências para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV: orientação para os países implementarem programas efetivos para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV em seis contextos**. Genebra: Unaid, 2020. 78 p. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/eliminating-discrimination-guidance_pt.pdf. Acesso em: 1 fev. 2024.

UNAIDS – PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Guia de terminologia do Unaid**. Brasília, DF: Unaid, 2017. 42 p. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf. Acesso em: 31 jan. 2024.

UNAIDS – PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **O caminho que põe fim à AIDS: relatório global do Unaid 2023**. Genebra: Unaid, 2023. 15 p. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp->

content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

UNAIDS – PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **UNAIDS alerta que as desigualdades estão bloqueando o fim da pandemia de AIDS**. Brasília, DF, 29 nov. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/2022/11/unaids-alerta-que-as-desigualdades-estao-bloqueando-o-fim-da-pandemia-de-aids/>. Acesso em: 4 ago. 2023.

VALLE, C. G. O. Afirmando-se a vida, constrói-se o tempo: experiência, emoções e ativismo político contra a AIDS. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-105, jun. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/30396/21368>. Acesso em: 08 abr. 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, sup. 2, p. S217-S226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 30 jun. 2023.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 110 p. ISBN: 978-85-7541-546-7.

VIEIRA, S. R. M; OLIVEIRA, L. S. Conhecimentos e atitudes de estudantes e tutores de Medicina da Faculdade Pernambucana de saúde sobre Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV. **IMIP**, Recife, 2018. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/818>. Acesso em 18 set. 2021.

VILLARINHO, M. V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2023.

VILLELA, W. V. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. *In*: PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil**. 34. ed. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999. cap. 4, p. 177-224. ISBN 85-7326-141-2. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=431-DILOPTkC&pg=PA3&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q=GAPA&f=false. Acesso em: 11 jan. 2023.

VITIELLO, G. N. B. **A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX**. Orientador: Dilene Raimundo do Nascimento. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/3999/000040.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 8 nov. 2023.

WESTIN, R. Vítimas famosas da aids nos primeiros 13 anos da epidemia no Brasil: o cartunista Henfil, o ator Lauro Corona, o cantor Cazuza, a atriz Cláudia Magno, o cantor Renato Russo, o sociólogo Betinho e os atores Tales Pan Chacon e Sandra Brea. *In: Aids chegou ao Brasil há 40 anos e trouxe terror, preconceito e desinformação*. 101. ed. Brasília, DF: Agência Senado, 2 jun. 2023. Saúde. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/aids-chegou-ao-brasil-ha-40-anos-e-trouxe-terror-preconceito-e-desinformacao>. Acesso em: 10 nov. 2023.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.*, v. 22, n. 3, p. 429-445, jul. 1992. Disponível em: <https://doi:10.2190/9861-lhq6-2vte-yrrn>. Acesso em: 18 jan. 2024.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1**. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2006. 34 p. Disponível em: https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf. Acesso em: 5 fev. 2024.

YANG, L. H. *et al.* Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, [S. l.], v. 64, n. 7, p. 1524–1535, abr. 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606005958>. Acesso em: 24 jan. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p. ISBN 85-7307-852-9. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6598416/mod_resource/content/1/Livro%20Robert%20Yin.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

YOSHINO, C. A. **Conceito e prática de equidade em saúde: uma revisão sistemática**. Orientadora: Ana Maria Malik. 2018. 264 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas, São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/427a0c6d-9a77-4055-8cb3-4c2be21d9335/content>. Acesso em: 29 jul. 2023.

ZAMBENEDETTI, G. A. Atualidade e a multitemporalidade dos processos de estigmatização da AIDS. *In: LEITE, V.; TERTO JUNIOR, V.; PARKER, R. G. (org.). Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: Abia, 2020. p. 126-130. ISBN 978-65-87854-01-4. Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Dimens%C3%B5es-sociais-NOVO-e-pol%C3%ADticas-da-preven%C3%A7%C3%A3o_2018_site.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00206617, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>. Acesso em: 2 jun. 2021.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS**

Data da coleta: ___/___/___

Número do prontuário: _____ **Sem registro ()**

1. Identificação preferencial do usuário:
Nome civil () Nome social () Sem registro ()
2. Idade: (anos completos): _____
3. País de nascimento: _____
4. Nacionalidade: _____ Sem registro ()
5. Situação do estrangeiro: Residente () Não residente () Sem registro ()
6. Habitante de fronteira: Sim () Não () Sem registro ()
7. UF de nascimento: _____
8. Município de nascimento: _____
9. Pessoa em situação de rua no momento: Sim () Não () Sem registro ()
10. Pessoa privada de liberdade no momento: Sim () Não () Sem registro ()
11. Sexo ao nascimento: Feminino () Masculino () Intersexo () Sem registro ()
12. Orientação sexual:
Heterossexual () Homossexual/Gay/Lésbica () Bissexual () Sem registro ()
13. Identidade de gênero:
Mulher Cis () Homem Cis () Mulher Trans () Homem Trans () Travesti ()
Não Binário () Sem registro ()
14. Raça/Cor: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorada ()
15. Escolaridade:
Nenhuma/Sem educação formal ()
De 1 a 3 anos (até 3ª série do ensino fundamental) ()
De 4 a 7 anos (da 4ª à 7ª série do ensino fundamental) ()
De 8 a 11 anos (ensino fundamental completo ou ensino médio) ()
De 12 a mais anos (ensino superior completo ou incompleto) ()
Ignorada ()
16. Bairro de residência: _____ Sem registro ()

17. UF de residência: _____ Sem registro ()
18. Município de residência: _____ Sem registro ()
19. Considerando a última dispensação de PrEP, qual foi a origem da prescrição do medicamento para o usuário?
- Prescrição por profissional de saúde em serviço público ()
- Prescrição por profissional de saúde em serviço privado ()

APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOBRE ABANDONO**Data da coleta:** ___/___/___**Número do prontuário:** _____ **Sem registro ()**

1. Data do cadastro no programa: ___/___/___ Sem registro ()
2. Data do primeiro atendimento: ___/___/___ Sem registro ()
3. Data do último atendimento: ___/___/___ Sem registro ()
4. Número de consultas de acompanhamento realizadas com o usuário (contabilizar somente a partir da primeira até a última consulta em que foi prestado atendimento ao usuário): ___/___/___ Sem registro ()

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM USUÁRIO

Data da entrevista: ___/___/___

Identificação da entrevista: _____

Caro(a) participante,

Esta pesquisa visa avaliar a experiência dos usuários do programa de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). As perguntas são abertas, não havendo respostas certas ou erradas. Por favor, responda de forma espontânea e verdadeira, sem se sentir pressionado(a) a fornecer informações que possam identificá-lo(a). Todas as informações aqui coletadas serão mantidas em anonimato e no mais absoluto sigilo. Se você não se sentir à vontade ou preferir não responder a quaisquer das perguntas, não hesite em informar ao entrevistador.

Agradecemos a sua participação, que contribuirá significativamente para o avanço do conhecimento nesta área.

1. Descreva como você conheceu e como foi o processo de entrada no programa de PrEP do HUWC. Caso tenham existido, cite os desafios enfrentados por você durante a admissão no programa.
2. Descreva como foi e como tem sido o processo de acolhimento no programa, as atividades e etapas de seu atendimento, bem como a organização e a disponibilidade dos serviços e dos insumos de prevenção.
3. Descreva o serviço com relação ao tempo de espera para consultas, exames e recebimento de medicamentos, à experiência com agendamento de horários e filas de espera e a aspectos como limpeza, manutenção, conforto, privacidade, segurança e adequação do espaço físico para as atividades do programa de PrEP.
4. Descreva a relação de comunicação entre você e os profissionais que o atendem em todas as etapas do programa.
5. Descreva especificamente como ocorrem as consultas com os profissionais que o acompanham no programa desde o momento sua admissão até a entrega de sua medicação.
6. Relate o que você sabia sobre a PrEP antes de ingressar no programa do HUWC.
7. Descreva os fatores que motivam você a aderir ao tratamento com a PrEP.

8. Descreva, caso haja, quaisquer tipos de dificuldades enfrentadas por você em todo o processo de adesão ao tratamento com a PrEP.
9. Descreva a sua percepção sobre a atuação da equipe de profissionais que o atendem no programa no que se refere à sua adesão à PrEP.
10. Avalie o seu comprometimento atual com a PrEP e descreva as expectativas para o futuro com relação à continuidade de sua participação no programa de PrEP do HUWC.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAL

Data da entrevista: ___/___/___

Identificação da entrevista: _____

Caro(a) participante,

Esta pesquisa visa avaliar a experiência dos profissionais da equipe do programa de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). As perguntas são abertas, não havendo respostas certas ou erradas. Por favor, responda de forma espontânea e verdadeira, sem se sentir pressionado(a) a fornecer informações que possam identificá-lo(a). Todas as informações aqui coletadas serão mantidas em anonimato e no mais absoluto sigilo. Se você não se sentir à vontade ou preferir não responder a quaisquer das perguntas, não hesite em informar ao entrevistador.

Agradecemos a sua participação, que contribuirá significativamente para o avanço do conhecimento nesta área.

1. Fale livremente sobre sua formação acadêmica, trajetória profissional e institucional, incluindo informações sobre as motivações para o seu envolvimento no programa de PrEP do HUWC, o tempo de atuação no programa e a participação em treinamentos específicos.
2. Descreva as atividades realizadas por você no programa de PrEP do HUWC.
3. Descreva, de um modo geral, o protocolo de cuidado em PrEP seguido pelo programa desde o momento do acolhimento e inclusão dos usuários até a dispensação final do medicamento preventivo.
4. No que se refere especificamente às suas atribuições profissionais, descreva detalhadamente o aconselhamento em PrEP realizado por você junto ao usuário durante as consultas de triagem e acompanhamento do programa.
5. Descreva as estratégias adotadas por você para promover a adesão dos pacientes ao uso regular da PrEP e a retenção no programa.
6. Descreva o processo de manejo de casos de falhas na adesão ou interrupção do tratamento com a PrEP.
7. Descreva como é realizada a organização do processo de trabalho da equipe de profissionais que compõem o programa.

8. Descreva como se dá o acesso ao programa de PrEP do HUWC pelos usuários, destacando os fatores que, em sua visão, influenciam esse acesso.
9. Descreva a sua visão geral sobre os usuários do programa de PrEP do HUWC.
10. Descreva como o HUWC se articula com outros serviços e instituições para a oferta de PrEP pelo respectivo programa.
11. Descreva a infraestrutura de que dispõe o HUWC em termos de insumos e serviços de prevenção.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIO DE PrEP

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Avaliação do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio", que tem como objetivo avaliar o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no contexto da implementação do programa de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Antes de decidir se deseja participar, é importante que você leia e entenda as informações a seguir.

Este estudo terá início com a observação de toda a sua consulta de PrEP pelo pesquisador, que apenas a assistirá, não intervindo de nenhuma forma ou sob nenhuma hipótese no seu atendimento pelo profissional do hospital. Se você concordar em participar do estudo, será solicitada a sua participação em uma entrevista individual com perguntas que terão como propósito abordar a sua percepção quanto aos serviços de saúde prestados pelo HUWC no âmbito do programa de PrEP. A entrevista ocorrerá em uma área reservada do HUWC, com uma estimativa de duração de cerca de 1 hora e 30 minutos, podendo ser gravada em áudio por meio de gravador externo ou outra ferramenta de comunicação, e, posteriormente, será transcrita. Os detalhes sobre esse procedimento serão fornecidos antes de sua participação.

A participação neste estudo poderá envolver desconfortos e riscos intelectuais e sociais, tais como: quebra de sigilo e anonimato; medo; vergonha; estresse; desconforto; sensação de invasão de privacidade; cansaço e constrangimento ao participar da entrevista; tomada de seu tempo para participar da entrevista; interferência em sua vida e rotina; discriminação e estigmatização a partir de revelação do conteúdo da entrevista; e responder a perguntas que podem ser sensíveis para você como, por exemplo, sobre a sua experiência pessoal com a PrEP e com o atendimento oferecido pelo programa no âmbito do HUWC; sobre questões relacionadas a gênero, diversidade e saúde sexual; e sobre HIV/aids. Não se espera, portanto, que haja desconfortos e riscos significativos associados à sua participação nesta pesquisa.

Estamos comprometidos em proteger a sua privacidade e bem-estar durante a sua participação neste estudo. Para minimizar esses riscos, implementaremos as seguintes medidas: garantiremos todas as explicações necessárias para que você possa responder às questões da entrevista; garantiremos a guarda e o sigilo absoluto de suas respostas, que serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, sem qualquer identificação individual;

ofereceremos um ambiente privado, tranquilo e seguro para a entrevista, permitindo que você se sinta à vontade para compartilhar suas experiências e para não responder questões que considere constrangedoras, sem qualquer penalização, estando nós atentos a quaisquer sinais de desconforto de sua parte; obteremos informações estritamente necessárias à esta pesquisa; respeitaremos o seu tempo e disponibilidade, agendando entrevistas de acordo com a sua conveniência; não interferiremos em sua vida ou rotina, garantindo que a pesquisa não cause impactos indesejados; trataremos todas as informações com sensibilidade, privacidade e confidencialidade, evitando qualquer divulgação que possa resultar em discriminação ou estigmatização, com a garantia de não utilização dessas informações em seu prejuízo, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiros; permitiremos que você interrompa a sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização; disponibilizaremos recursos adicionais, como apoio de outros profissionais de saúde, caso você sinta necessidade durante ou após a pesquisa, responsabilizando-nos pelos recursos financeiros da assistência; respeitaremos seus valores, cultura e crenças; garantiremos o direito ao acesso ao teor do roteiro de entrevista, antes de você começar a responder as perguntas, para ajudar você a decidir se participará ou não do estudo; e garantiremos que a entrevista só terá início após o seu consentimento.

A participação neste estudo não oferece benefícios diretos para o participante. No entanto, a sua participação neste estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento do programa de PrEP do HUWC e das políticas relacionadas à prevenção ao HIV/aids, garantindo um atendimento de qualidade às pessoas mais vulneráveis a contrair a doença.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e totalmente anônima, tendo você a liberdade de se recusar a ingressar nela, bem como retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem prejuízo para a pesquisa e seu tratamento com PrEP no HUWC.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros usuários, não sendo divulgado a identificação de nenhum usuário, ou seja, essa análise se dará de forma totalmente anônima e confidencial. Além disso, é garantido a você o direito de ser atualizado sobre os resultados da pesquisa, conforme eles forem sendo obtidos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase deste estudo, incluindo na entrevista. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Reiteramos que os dados coletados na entrevista serão utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Esp. Edelino Alves dos Santos, que pode ser contatado por meio do endereço eletrônico edelinoa@gmail.com.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa e sobre a sua participação nela, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 Térreo, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

O CEP do Hospital Universitário Walter Cantídio tem primariamente a responsabilidade de apreciar os protocolos de pesquisas a serem desenvolvidos no âmbito do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.

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 declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do usuário/Representante legal Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha Data: ____/____/____
(Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ___/___/___

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

Data: ___/___/___

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAL

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Avaliação do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio", que tem como objetivo avaliar o Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs e do HIV/aids no contexto da implementação do programa de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Antes de decidir se deseja participar, é importante que você leia e entenda as informações a seguir.

Este estudo terá início com a observação de toda a consulta de PrEP pelo pesquisador, que apenas a assistirá, não intervindo de nenhuma forma ou sob nenhuma hipótese no atendimento prestado por você ao usuário de PrEP. Se você concordar em participar do estudo, será solicitada a sua participação em uma entrevista individual com perguntas que terão como propósito abordar os seguintes temas: implementação e operacionalização do programa de PrEP no HUWC, bem como aspectos referentes à prática profissional dos membros da equipe de saúde do programa. A entrevista ocorrerá em uma área reservada do HUWC, com uma estimativa de duração de cerca de 1 hora e 30 minutos, podendo ser gravada em áudio por meio de gravador externo ou outra ferramenta de comunicação, e, posteriormente, será transcrita. Os detalhes sobre esse procedimento serão fornecidos antes de sua participação.

A participação neste estudo poderá envolver desconfortos e riscos intelectuais e sociais, tais como: quebra de sigilo e anonimato; medo; vergonha; estresse; desconforto; sensação de invasão de privacidade; cansaço e constrangimento ao participar da entrevista; tomada de seu tempo para participar da entrevista; interferência em sua vida e rotina; discriminação e estigmatização a partir de revelação do conteúdo da entrevista; e responder a perguntas que podem ser sensíveis para você como, por exemplo, sobre a sua experiência e prática profissional na área de HIV/aids e outras ISTs; incluindo o programa de PrEP; sobre suas percepções referentes à implementação deste programa no HUWC; e sobre questões relacionadas a gênero, diversidade e saúde sexual dos usuários. Não se espera, portanto, que haja riscos e desconfortos significativos associados à sua participação nesta pesquisa.

Estamos comprometidos em proteger sua privacidade e bem-estar durante a sua participação neste estudo. Para minimizar esses riscos, implementaremos as seguintes medidas: garantiremos todas as explicações necessárias para que você possa responder às questões da entrevista; garantiremos a guarda e o sigilo absoluto de suas respostas, que serão tidas como

confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, sem qualquer identificação individual; ofereceremos um ambiente privado, tranquilo e seguro para a entrevista, permitindo que você se sinta à vontade para compartilhar suas experiências profissionais e para não responder questões que considere constrangedoras, sem qualquer penalização, estando nós atentos a quaisquer sinais de desconforto de sua parte; obteremos informações estritamente necessárias à esta pesquisa; respeitaremos o seu tempo e disponibilidade, agendando entrevistas de acordo com a sua conveniência; não interferiremos em sua vida ou rotina, garantindo que a pesquisa não cause impactos indesejados; trataremos todas as informações com sensibilidade, privacidade e confidencialidade, evitando qualquer divulgação que possa resultar em discriminação ou estigmatização, com a garantia de não utilização dessas informações em seu prejuízo, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiros; permitiremos que você interrompa a sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização; disponibilizaremos recursos adicionais, como apoio de outros profissionais de saúde, caso você sinta necessidade durante ou após a pesquisa, responsabilizando-nos pelos recursos financeiros da assistência; respeitaremos seus valores, cultura e crenças; garantiremos o direito ao acesso ao teor do roteiro de entrevista, antes de você começar a responder as perguntas, para ajudar você a decidir se participará ou não do estudo; e garantiremos que a entrevista só terá início após o seu consentimento.

A participação neste estudo não oferece benefícios diretos para o participante. No entanto, a sua participação neste estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento do programa de PrEP do HUWC e das políticas relacionadas à prevenção ao HIV/aids, garantindo um atendimento de qualidade às pessoas mais vulneráveis a contrair a doença.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e totalmente anônima, tendo você a liberdade de se recusar a ingressar nela, bem como de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem prejuízo para a pesquisa e para o seu exercício profissional no HUWC.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais da equipe do programa de PrEP do HUWC, não sendo divulgado a identificação de nenhum profissional, ou seja, essa análise se dará de forma totalmente anônima e confidencial. Além disso, é garantido a você o direito de ser atualizado sobre os resultados da pesquisa, conforme eles forem sendo obtidos.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase deste estudo, incluindo na entrevista. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da

pesquisa. Reiteramos que os dados coletados na entrevista serão utilizados exclusivamente para fins desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Esp. Edelino Alves dos Santos, que pode ser que pode ser contatado por meio do endereço eletrônico edelinoa@gmail.com.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa e sobre a sua participação nela, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 Térreo, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

O CEP do Hospital Universitário Walter Cantídio tem primariamente a responsabilidade de apreciar os protocolos de pesquisas a serem desenvolvidos no âmbito do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar, solicitamos que assine no espaço abaixo.

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 declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do profissional

Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____

(Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Assinatura do responsável pelo estudo Data: ___/___/____

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE Data: ___/___/____

**ANEXO A – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO DE PrEP
(ANO DE REFERÊNCIA: 2017)**

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PROFILAXIA

1 Número de Prontuário			2 CNS – Cartão Nacional de Saúde			3 Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Social <input type="radio"/> Nome Civil		
4 Nome Completo do Usuário - Civil								
5 Nome Social								
6 Nome completo da Mãe								
7 Data de Nascimento				8 CPF				
9 Nacionalidade				10 País de Nascimento				
11 Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de Fronteira <input type="radio"/> Não Residente					12 Pessoa em situação de rua <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
13 Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis				14 Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual / Gay / Lésbica <input type="radio"/> Bissexual				
15 Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti / Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual								
16 Raça/Cor <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena				17 Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/Sem Educação Formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 e mais anos				
18 Permite contato * <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		19 Tipo de contato <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail						
* Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.								
20 Endereço								
21 Bairro						22 CEP		
23 Cidade de Residência (Cidade / UF)					24 E-mail para contato			
25 Telefone para Contato (DDD + Número)				26 Acompanhamento médico <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado			27 Data do 1º Atendimento	
28 Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____ _____ (carimbo e assinatura)					29 Usuário SUS Data: ____/____/____ _____ (assinatura)			

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Preencher o formulário, se possível, diretamente no SICLOM. Os campos sombreados (hachurados) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

Setembro 2017

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Número de Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde.
- 02 - CNS – Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 03 - Identificação do usuário nos relatórios:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência.
- 04 - Nome Completo do Usuário - Civil:** Preencher com o nome completo do(a) usuário(a), sem qualquer abreviação, exatamente como consta em um documento de identificação oficial. *(Preenchimento obrigatório).*
- 05 - Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 06 - Nome Completo da Mãe:** Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação. Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável legal. Preenchimento obrigatório.
- 07 - Data de Nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. *(Preenchimento obrigatório).*
- 08 - CPF:** Inserir o CPF do usuário *(Preenchimento obrigatório****exceto para).*
- 09 - Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS.
- 10 - País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do Usuário SUS. *(Preenchimento obrigatório).*
- 11 - Situação do Estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.
- 12 - Pessoa em situação de rua:** Informar se o paciente está em situação de rua ou não.
- 13 - Órgão Genital de Nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 14 - Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 15 - Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/ mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 16 - Raça / Cor:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto referida. *(Preenchimento obrigatório).*
- 17 - Escolaridade:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua escolaridade. *(Preenchimento obrigatório).*
- 18 - Permite contato:** *Preenchimento obrigatório* e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao Usuário SUS se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento. Para melhor esclarecimento consultar a INSTRUÇÃO NORMATIVA No 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007.
- 19 - Tipo de contato:** Caso o Usuário SUS autorize o contato do serviço, informar o tipo de contato autorizado.
- 20 - Endereço:** Endereço de residência do Usuário SUS - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o Usuário SUS autorize contato.
- 21 - Bairro:** Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS.
- 22 - CEP:** Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do Usuário SUS.
- 23 - Cidade de Residência:** Refere-se ao município, cidade de residência do Usuário SUS.
- 24 - E-mail:** E-mail de contato do Usuário SUS.
- 25 - Telefone para contato (DDD + número):** Informar o número do telefone do Usuário SUS com DDD.
- 26 - Acompanhamento Médico:** Para os Usuários SUS atendidos na rede pública, marque um "X" em **Pública**. Para aqueles Usuários SUS atendidos por médicos particulares, indique **Privada**.
- 27 - Data do 1º Atendimento:** Informar a data do primeiro atendimento do Usuário SUS.
- 28 - Responsável pelo Atendimento:** Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do médico.
- 29 - Usuário SUS:** Informar a data do atendimento com assinatura do Usuário SUS.

ANEXO B – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO DE PrEP (DATA DE REFERÊNCIA: MAIO DE 2023)

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP

MAIO/2023

1 - CPF*			2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde			3 - Prontuário		4 - Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*									
6 - Nome Social									
7 - Nome Completo da Mãe*									
8 - Data de Nascimento*		9 - País de Nascimento*				10 - Nacionalidade*			
11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente		12 - Habitante de fronteira <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		13 - UF de Nascimento*		14 - Município de Nascimento*			
15 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		16 - Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		17 - Sexo ao Nascimento* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo		18 - Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual			
19 - Identidade de Gênero* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário									
20 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena									
21 - Escolaridade* <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos									
22 - Endereço									
23 - Bairro							24 - CEP		
25 - UF de Residência*			26 - Município de Residência*				27 - E-mail		
28 - Telefone para contato (DDD+Número)				29 - Em atendimento no serviço de saúde* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado					
30 - Responsável pelo Preenchimento* Data: ___/___/___ _____ (carimbo e assinatura)					31 - Usuário SUS* Data: ___/___/___ _____ (assinatura)				

ORIENTAÇÕES GERAIS

- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha).

DETALHAMENTO DOS CAMPOS**Detalhamento dos campos – ficha de cadastro da PrEP**

- 1- **CPF:** O preenchimento do CPF é obrigatório, salvo nas situações: Nacionalidade diferente de brasileira, raça/cor Indígena, pessoa em situação de rua no momento e pessoa privada de liberdade no momento(**preenchimento obrigatório**).
- 2 - **CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 3 - **Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
- 4 - **Identificação Preferencial do Usuário:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Selecionar a opção que o usuário prefere ser chamado: se pelo nome de registro civil ao nascer ou se pelo nome social. **Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).**
- 5 - **Nome Completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações (**preenchimento obrigatório**).
- 6 - **Nome Social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuírem nome social que divirja do nome de registro.
- 7 - **Nome Completo da Mãe:** Preencher o nome da mãe do(a) usuário(a) exatamente como consta em seu documento de identidade, sem abreviações(**preenchimento obrigatório**).
- 8 - **Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento do(a) usuário(a) (dd/mm/AAAA)(**preenchimento obrigatório**).
- 9 - **Pais de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) usuário(a) SUS(**preenchimento obrigatório**).
- 10 - **Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) usuário(a) SUS. É possível que a pessoa tenha nascido em um país, mas tenha outra nacionalidade(**preenchimento obrigatório**).
- 11 - **Situação do estrangeiro:** Preenchimento obrigatório caso a nacionalidade não seja 'brasileira'. Informar se o(a) estrangeiro(a) reside ou não no Brasil.
- 12 - **Habitante de fronteira:** Informar se o(a) usuário(a) mora em município no Brasil que faz fronteira com outro país. Ou se for estrangeiro não residente e morar em município de outro país que faz fronteira com o Brasil.
- 13 - **UF de nascimento:** Unidade da Federação de nascimento do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se o País de Nascimento não for o Brasil(**preenchimento obrigatório**).
- 14 - **Município de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se o País de Nascimento não for o Brasil(**preenchimento obrigatório**).
- 15 - **Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. Situação de rua é a inexistência de moradia convencional regular, e utilização de lugares público e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória(**preenchimento obrigatório**).
- 16 - **Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade, que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança(**preenchimento obrigatório**).
- 17 - **Sexo ao Nascimento:** Corresponde ao sexo que foi atribuído ao indivíduo no momento do nascimento, baseado nas características biológicas que a pessoa tem ao nascer, e nas características sexuais primárias. **Feminino:** pessoas que nasceram com vulva. **Masculino:** pessoas que nasceram com pênis. **Intersexo:** pessoas com variação de características sexuais que não permitem a identificação isolada como feminino ou masculino. Por exemplo, uma pessoa pode nascer com uma genitália que aparenta estar entre o que é usualmente considerado um pênis e uma vagina. Ou a pessoa pode ter nascido com um mosaico genético, onde parte das células possui cromossomo XX e outra parte possui cromossomo XY. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a)(preenchimento obrigatório).**
- 18 - **Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente. **Heterossexual:** Atração por pessoas do gênero diferente. **Homossexual/Gay/Lésbica:** Atração por pessoas do mesmo gênero. **Bissexual:** Atração por ambos os gêneros. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a)(preenchimento obrigatório).**
- 19 - **Identidade de Gênero:** É a percepção que uma pessoa tem de si, independentemente de seu órgão genital de nascimento ou de sua orientação sexual. **Pessoas cisgêneras:** Cujas identidade de gênero corresponde ao sexo que lhes foi atribuído no momento do nascimento. **Pessoas transgêneras/pessoas transexuais ou Travestis:** Cujas identidade de gênero não corresponde ao sexo que lhes foi atribuído no momento do nascimento. Essas pessoas podem ou não modificar sua aparência ou função corporal, por meios de procedimentos médicos, cirúrgicos ou outros. **Pessoas não binárias:** não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente, não se limitando ao masculino ou feminino, ou não se percebendo como pertencentes a qualquer tipo de gênero. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a)(preenchimento obrigatório).**
- 20 - **Raça/cor:** Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser autorreferida(**preenchimento obrigatório**).
- 21 - **Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. **1 a 3 anos:** Até 3ª série do ensino fundamental; **4 a 7 anos:** Da 4ª a 7ª série do ensino fundamental; **8 a 11 anos:** Ensino fundamental completo ou ensino médio; **12 a mais anos:** Ensino superior completo ou incompleto(**preenchimento obrigatório**).
- 22 - **Endereço:** Informar o endereço de residência do(a) usuário(a) SUS.
- 23 - **Bairro:** Informar o bairro de residência do(a) usuário(a) SUS.
- 24 - **CEP:** Código de Endereçamento Postal constituído de oito números.
- 25 - **UF de Residência:** Unidade da Federação (Estado) da residência do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se Q11 = Não Residente (**preenchimento obrigatório**).
- 26 - **Município de Residência:** Informar o município (cidade) de residência do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se Q11 = Não Residente(**preenchimento obrigatório**).
- 27 - **E-mail:** Informar o correio eletrônico caso o(a) usuário(a) tenha um.
- 28 - **Telefone para contato (DDD+Número):** Informar o número telefônico para contato (XX) XXXXX-XXXX.
- 29 - **Em atendimento no serviço de saúde:** Informar se o atendimento está sendo realizado no serviço de saúde público ou privado (**preenchimento obrigatório**).
- 30 - **Responsável pelo Preenchimento:** Informar a data do preenchimento, assinar e carimbar(**preenchimento obrigatório**).
- 31 - **Usuário(a) SUS:** O(a) usuário(a) deve informar a data e assinar(**preenchimento obrigatório**).

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Política Nacional de DST/aids no uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio

Pesquisador: EDELINO ALVES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74885623.4.0000.5045

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.570.956

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto de dissertação de mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da UFC, de Edelino Alves dos Santos (enfermeiro), orientado por Camila Gonçalves de Mario (cientista social).

Trata-se de um estudo descritivo com abordagens quantitativa e qualitativa na perspectiva da avaliação de processos e da avaliação em profundidade. Será realizado no ambulatório de infectologia do HUWC, com 143 participantes, maiores de 18 anos (pacientes (141) e profissionais (2) que atuam no programa). Na fase qualitativa deste estudo, o pesquisador estará no ambulatório de infectologia do HUWC nos dias de consulta de acompanhamento em PrEP, ocasião em que ocorrerá observação não participante do ambiente em que o programa é implementado, e a seleção dos usuários para as entrevistas se dará por conveniência, escolhendo-se, para tanto, os primeiros 15 usuários que comparecerem às consultas de acompanhamento durante o período definido para a coleta de dados, de conformidade com os objetivos propostos. Salienta-se que, para execução dos procedimentos para coleta dos dados, deverá haver o consentimento dos participantes, o qual será obtido conforme as diretrizes estabelecidas em Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os TCLE serão aplicados antes do início da fase de observação não participante, que constitui uma das etapas fundamentais da coleta de dados nesta pesquisa. Os pacientes serão abordados após o término de cada consulta de acompanhamento em PrEP, na presença do respectivo profissional que os assiste no programa.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo,1142

Bairro: RodolfoTeófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)99267-4630

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.570.956

Após uma explicação detalhada sobre a pesquisa, serão selecionados apenas aqueles que atenderem aos critérios de inclusão. Além dos usuários, na fase qualitativa do estudo, serão realizadas entrevistas com profissionais de distintas áreas envolvidos na implementação do programa de PrEP no HUWC. Devido à atual configuração da equipe multidisciplinar do programa neste local, que inclui somente um médico e um profissional de farmácia, a seleção dos participantes para essas entrevistas será feita por conveniência, considerando o quantitativo e disponibilidade dos profissionais citados. Na fase quantitativa deste estudo, a composição da amostra ideal de 105 usuários será conduzida por meio de técnica de amostragem aleatória simples, a partir do universo de 141 usuários registrados no programa de PrEP do HUWC. Para realizar essa seleção, serão utilizados como representantes individuais de cada usuário os seus respectivos prontuários eletrônicos e/ou impressos, armazenados, respectivamente, no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (Same), assim como deverão ser observados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Instrumentos de coleta de dados: Roteiro de Observação Não Participante (Apêndice A); o Formulário para Coleta de Dados em Prontuário (Apêndice B); o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Usuário (Apêndice C); e o Roteiro para Entrevista Semiestruturada com Profissional (Apêndice D). Tempo de aplicação de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Cronograma: Início agosto de 2023 e término em agosto de 2024, com coleta de dados prevista para o período de janeiro a abril de 2024

Orçamento: R\$ 6.645,00

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar a PN-DST/aids no contexto da implementação do programa de PrEP no HUWC.

Objetivos Específicos:

- Descrever os fundamentos de conteúdo e contexto da PN-DST/aids e do programa de PrEP;
- Estimar a cobertura real do programa de PrEP entre as populações-chave, caracterizando sociodemograficamente o perfil dos usuários e identificando suas principais vulnerabilidades;
- Verificar a proporção de adesão à PrEP;

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)99267-4630 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.570.956

- Verificar a proporção de usuários que apresentaram sinais/sintomas ou foram diagnosticados com alguma IST antes e após o início da participação no programa de PrEP do HUWC;
- Determinar o grau de satisfação dos usuários com o serviço de saúde por meio de investigação das condições de acesso ao programa de PrEP, bem como de identificação das motivações e possíveis barreiras de adesão ao tratamento;
- Analisar práticas, significados e representações dos profissionais de saúde, relativos ao acesso às ações de prevenção do programa de PrEP do HUWC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito pelo pesquisador:

Riscos: A coleta de dados neste estudo, a ser realizada por meio de observação não participante, de prontuários e de entrevistas semiestruturadas, apresenta riscos sociais e intelectuais mínimos, incluindo a quebra de sigilo e anonimato, estresse, desconforto emocional, vergonha e medo de repercussões sociais para os participantes, bem como a possibilidade de invasão de privacidade e estigmatização. Também há o potencial de interferência na rotina dos participantes e do local de estudo, assim como preocupações sobre a divulgação de informações confidenciais. Para mitigar esses riscos, adotar-se-á diversas medidas minimizadoras. No que se refere à coleta de dados por meio de observação não participante, será garantido que o pesquisador não interferirá na rotina do HUWC e dos participantes, preservando sua privacidade e evitando estigmatização. Também serão fornecidas explicações claras aos participantes sobre o procedimento de observação e ter-se-á atenção a todo e qualquer tipo de sinal de desconforto, firmando-se compromisso estrito com o sigilo dos dados observados. No caso da coleta de dados em prontuários eletrônicos e/ou físicos, será limitado o acesso às informações exclusivamente necessárias à pesquisa, assegurando-se a integridade dos documentos, evitando-se, portanto, danos de qualquer natureza, e zelando pelo sigilo dos dados. Não serão publicados nomes ou informações que permitam a identificação individual dos participantes. Já no tocante às entrevistas semiestruturadas, serão garantidas explicações adequadas aos participantes e respeitada sua liberdade para não responder a questões constrangedoras. A obtenção de informações será restrita ao necessário e não haverá interferência na vida e rotina dos participantes. Eles terão acesso ao roteiro de entrevista antes de responderem às perguntas, com a entrevista sendo iniciada apenas após sua permissão. O sigilo dos dados será rigorosamente mantido e os participantes poderão retirar o consentimento a qualquer momento. Além disso, os participantes

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 **Fax:** (85)99267-4630 **E-mail:** cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC



Continuação do Parecer: 6.570.956

serão esclarecidos sobre seu direito ao anonimato e à interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento e sem quaisquer prejuízos. A confidencialidade será assegurada e não serão utilizadas informações para prejudicar, sob hipótese alguma, os participantes. Caso necessário, a assistência de outros profissionais de saúde será assegurada, com recursos financeiros garantidos. Essas medidas visam a proteger a integridade e o bem-estar dos participantes, garantindo a qualidade e a ética da pesquisa.

Benefícios: Os riscos deste estudo justificam-se pelos benefícios da contribuição para o aperfeiçoamento do programa de PrEP do HUWC e das políticas relacionadas à prevenção ao HIV/aids, garantindo-se o fornecimento da PrEP de modo acessível e equânime, bem como um atendimento de qualidade às pessoas mais vulneráveis a contrair a doença. Além disso, com base na Resolução CNS n. 510/2016, Art. 2º, Inciso III, esta pesquisa trará ainda, como potenciais e atuais benefícios para seus participantes, comunidade em que estão inseridos, bem como para a sociedade em geral, a possibilidade de se promover a dignidade da qualidade

de vida de todos os usuários da PrEP, apoiada no respeito aos seus direitos civis, sociais e culturais, assegurando-se, para tanto, retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes do presente estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um projeto de dissertação de mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da UFC, de Edelino Alves dos Santos (enfermeiro), orientado por Camila Gonçalves de Mario (cientista social).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda documentação obrigatória foi anexada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o ROTEIRO DE PARECER CONSUBSTANCIADO (Manual operacional para comitês de ética em pesquisa / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. – 4. ed. rev. atual. p.67)

- Com base nos aspectos relatados, o parecer deve sempre considerar:

- Pertinência e valor científico do estudo proposto;
- Adequação da metodologia aos objetivos perseguidos;
- Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas;

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo,1142
Bairro: RodolfoTeófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)99267-4630 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.570.956

• **Avaliação do binômio riscos benefícios**

1. Reapresentar os TCLEs (Pacientes e profissionais):

- Excluir a palavra mínimo dos riscos descritos
- Esclarecer ao paciente e ao profissional que a pesquisa começa a partir de uma observação de uma consulta assistida com observador não participante (ou seja, o pesquisador ouvirá toda a consulta sem intervir).

Resposta: foram apresentados os TCLEs, contemplando o que foi solicitado.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Reapresentar a metodologia do projeto:

- Incluir a informação do momento de aplicação do TCLE, uma vez que a observação já é etapa de execução da pesquisa, o que deve ser precedida da aplicação do TCLE pelos participantes.

Resposta: foi redigida nova metodologia, incluindo a informação solicitada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142		CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3366-8589	Fax: (85)99267-4630	E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC**



Continuação do Parecer: 6.570.956

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2163859.pdf	04/12/2023 01:10:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Edelino_Final_HUWC_PrEP_Plata_Brasil_04_DEZ_23.pdf	04/12/2023 00:58:52	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Prof_Edelino_Final_HUWC_PrEP_Plata_Brasil_04_DEZ_23.pdf	04/12/2023 00:22:14	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuario_Edelino_Final_HUWC_PrEP_Plata_Brasil_04_DEZ_23.pdf	04/12/2023 00:21:53	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_Edelino_Final_03_DEZ_23_Plata_Brasil_assinado.pdf	03/12/2023 15:30:10	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_Lattes_Camila_Goncalves_De_Mario.pdf	10/10/2023 16:29:56	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_Concordancia_CEP_HUWC_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	10/10/2023 16:24:47	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_Concordancia_CEP_UFC_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	10/10/2023 16:23:21	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_Solicitando_Apreciacao_CEP_UFC_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	09/10/2023 19:06:10	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.docx	03/10/2023 13:57:05	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_Lattes_Edelino_Alves_dos_Santos.pdf	03/10/2023 13:21:16	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_Lattes_Priscila_dos_Vasconcelos_Monteiro.pdf	03/10/2023 13:17:13	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacao_Chefia_2_Farmacia_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	03/10/2023 13:11:32	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Autorizacao_Chefia_1_Div_Gestao_Cuidado_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	03/10/2023 13:09:51	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_Utilizacao_Prontuario_Medico_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	03/10/2023 13:06:18	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Declaracao_Fiel_Depositario_Edelino_Final_HUWC_Projeto_PrEP_Plata_Brasil.pdf	03/10/2023 13:03:35	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)99267-4630

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ - HUWC/UFC



Continuação do Parecer: 6.570.956

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_Edelino_Final_HU WC_Projeto_PrEP_Plat_Brasil.pdf	03/10/2023 12:40:53	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento_Edelino_Final_Assinado_Plat_Brasil.pdf	03/10/2023 12:36:51	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Edelino.pdf	06/09/2023 13:09:43	EDELINO ALVES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Maria Helane Costa Gurgel
(Coordenador(a))