



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE: Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024)

JOÃO PESSOA/PB

2025

BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE: Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Jurídicas, na área de concentração em Direitos Humanos e Desenvolvimento, Linha de Pesquisa 2: Inclusão Social, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros

JOÃO PESSOA/PB
2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B238p Barbosa, Bruno Rafael Silva Nogueira.

Políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS e o direito humano à saúde : uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024) / Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa. - João Pessoa, 2025.

271 f. : il.

Orientação: Robson Antão de Medeiros.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCJ.

1. Direitos humanos - saúde. 2. Políticas públicas.
3. HIV/Aids. 4. PrEP. 5. PEP. I. Medeiros, Robson Antão de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 341.231.14(043)

BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO
À SAÚDE:** Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP
e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024)

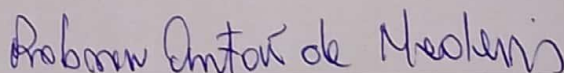
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Jurídicas, na área de concentração em Direitos Humanos e Desenvolvimento, Linha de Pesquisa 2: Inclusão Social, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros

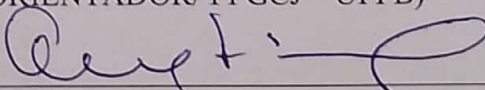
RESULTADO: APROVADO

DATA: 26 / 06 / 2025

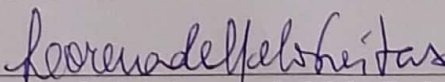
BANCA EXAMINADORA:



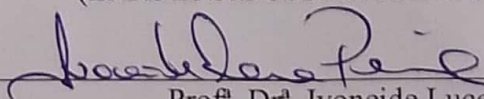
Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros
(ORIENTADOR/ PPGCJ – UFPB)



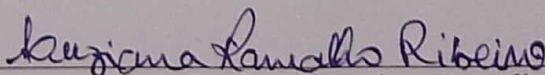
Prof. Dr. Enoque Feitosa Sobreira Filho
(EXAMINADOR INTERNO/ PPGCJ – UFPB)



Profª. Drª. Lorena de Melo Freitas
(EXAMINADORA INTERNA/ PPGCJ – UFPB)



Profª. Drª. Ivoneide Lucena Pereira
(EXAMINADORA EXTERNA/ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE)



Profª. Drª. Luziana Ramalho Ribeiro
(EXAMINADORA EXTERNA/ PPGDH – UFPB)

Dedico esse trabalho as pessoas que tiveram suas vidas ceifadas
pela epidemia do HIV/Aids.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Raimunda Maria da Silva Nogueira Barbosa, ao meu pai Lourival Henrique Barbosa, aos meus avós Jerônimo Francisco Nogueira (*in memoriam*) e Maria Neuda da Silva Nogueira e ao Laionel pelo apoio durante a realização da pesquisa de campo, desse trabalho e em todo o curso.

Ao professor Robson Antão de Medeiros, pela orientação paciente, cuidadosa e atenciosa durante toda a jornada do curso. Foram quatro anos (48 meses) de muito aprendizado, com experiências que contribuíram para a minha formação e que ficarão para toda a minha vida acadêmica e profissional. Dentre elas, o estágio docência desenvolvido nos períodos 2022.2 e 2023.1 (turmas manhã e noite) e o julgamento simulado do Sistema Interamericano de Direitos Humanos realizado nos períodos de 2022.2 a 2024.2 em dez turmas da disciplina de Direitos Humanos (manhã e noite) do curso de Ciências Jurídicas e Sociais do CJJ/UFPB.

Aos membros da banca, por aceitarem avaliar esse trabalho e pelas colocações e sugestões realizadas durante a banca de qualificação, que contribuíram significativamente para a melhoria dessa pesquisa.

Aos participantes desse estudo, por aceitarem participar voluntariamente dessa pesquisa.

Aos membros do grupo de pesquisa Biotecnologia, Biodireito e Meio Ambiente em Direitos Humanos, pelos aprendizados, troca de ideias e pelas sugestões ao trabalho nas diversas fases do seu desenvolvimento até a sua finalização.

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) pelo apoio ao desenvolvimento desse estudo.

PrEP

Azul truvada

Entricitabina, tenofovir

Aproxima ou afasta?

Previne, cura ou trata?

Chega onde?

Como chega?

Chega quando?

Medicalização

Controle, segurança

Reforça o estigma?

Abre portas, move barreiras, muda alavancas

Direito universal

Privilégio da capital

Chega pros B

Sobra no GGG

Atrasa pras T

E pros outres,

Dá tempo?

Tiago Sales (2022, p. 60)

RESUMO

BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE: Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024)**. 2025. 271 f. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025.

A epidemia do HIV/Aids é um problema atual de saúde pública. Ela passou por um processo de interiorização, atingindo as cidades do interior dos Estados. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é avaliar a existência de dificuldades no acesso e permanência às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, PrEP e PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte do interior do Estado da Paraíba. O trabalho partiu da hipótese que o acesso e a permanência dessa população as profilaxias, e consequentemente os meios de efetivação do direito humano à saúde na prevenção ao HIV, são impactados negativamente pela necessidade de deslocamento intermunicipal e por questões econômicas, sociais e estruturais, além da falta de informação sobre a infecção e os métodos de prevenção. O presente estudo se classifica como uma pesquisa empírica de natureza qualitativa e quantitativa, de corte transversal. Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba no parecer consubstanciado 6.191.741. O estudo foi realizado no Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga no período de 10 de janeiro a 10 de maio de 2024. A amostra final dessa pesquisa foi composta por trinta e cinco usuários residentes em vinte cidades do interior da Paraíba. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado, composto por vinte e quatro questões abertas. Os dados qualitativos foram tratados por meio da análise de conteúdo do tipo temático-categorial e os dados quantitativos (intervalar) e qualitativos (nominal e ordinal) por meio de estatísticas descritivas por intermédio do software STATA versão 12.0. O perfil dos usuários foi formado por homens cisgênero (57,14%), não heterossexuais (57,15%), com idade entre 30 e 49 anos (71,43%), cor de pele parda (54,29%), solteiros (85,71%), empregados (54,29%), com renda de até dois salários mínimos (45,72%) e com ensino médio completo (40,00%). Foram localizados três temas entre as respostas: acesso à informação; escassez de políticas públicas de prevenção; e dificuldades e facilidades dos usuários. Os obstáculos sinalizados foram a escassez dos serviços, o deslocamento, a duração e custo da viagem, o tempo elevado de espera no atendimento, a falta de informação e divulgação. As facilidades indicadas foram o bom atendimento, o não cancelamento de consultas, o mesmo local que o laboratório para Travestis e Transexuais, o acesso à exames e medicamentos no local da consulta e não ser reconhecido por outras pessoas. Entre outras conclusões, os resultados dessa pesquisa mostraram a existência de obstáculos individuais, sociais e estruturais como limitadores do direito humano à saúde dos usuários do interior da Paraíba no acesso e permanência às profilaxias de prevenção ao HIV/Aids em João Pessoa, confirmando a hipótese que fundamentou este estudo. Palavras-chave: políticas públicas; PrEP; PEP; HIV/Aids; direito humano à saúde.

ABSTRACT

BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE: Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024).** 2025. 271 f. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025.

The HIV/AIDS epidemic is a current public health problem. It has spread to the country town of the state, reaching cities in the interior of the states. Therefore, the objective of this study is to assess the difficulties in accessing and maintaining public HIV/AIDS prevention policies, PrEP, and PEP, for residents of medium- and small-sized cities in the country town of the state of Paraíba. The study was based on the hypothesis that this population's access to and retention in prophylaxis, and consequently the means of realizing the human right to health in HIV prevention, are negatively impacted by the need for intermunicipal travel and economic, social, and structural issues, in addition to the lack of information about the infection and prevention methods. This study is classified as empirical, qualitative and quantitative, cross-sectional research. This research was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Universidade Federal da Paraíba under substantiated opinion 6.191.741. The study was conducted at the Dr. Clementino Fraga Infectious Diseases Complex from January 10 to May 10, 2024. The final sample consisted of thirty-five users residing in twenty cities in the interior of Paraíba. The data collection instrument was a semi-structured questionnaire consisting of twenty-four open-ended questions. Qualitative data were analyzed using thematic-categorical content analysis, and quantitative (interval) and qualitative (nominal and ordinal) data were analyzed using descriptive statistics using STATA software, version 12.0. The user profile consisted of cisgender men (57.14%), non-heterosexual men (57.15%), aged between 30 and 49 years (71.43%), brown skin color (54.29%), single (85.71%), employed (54.29%), with an income of up to two minimum wages (45.72%), and with a high school diploma (40.00%). Three themes were identified among the responses: access to information; lack of public prevention policies; and difficulties and facilities for users. The obstacles highlighted were the scarcity of services, travel, duration and cost of travel, long wait times for care, and lack of information and dissemination. The facilities indicated were good service, no appointment cancellations, the same location as the laboratory for transvestites and transsexuals, access to tests and medications at the appointment location, and not being recognized by others. Among other conclusions, the results of this research revealed the existence of individual, social, and structural obstacles that limit the human right to health of users in the country town of Paraíba state in accessing and maintaining HIV/AIDS prevention prophylaxis in João Pessoa, confirming the hypothesis underlying this study.

Keywords: public policies; PrEP; PEP; HIV/AIDS; human right to health.

RESUMEN

BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE: Uma análise da avaliação dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba (2018 -2024).** 2025. 271 f. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025.

La epidemia de VIH/SIDA es un problema actual de salud pública. Se ha extendido al interior del estado, alcanzando ciudades del interior. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar las dificultades para acceder y mantener las políticas públicas de prevención del VIH/SIDA, la PrEP y la PEP, para los residentes de ciudades medianas y pequeñas del interior del estado de Paraíba. El estudio se basó en la hipótesis de que el acceso y la permanencia de esta población en la profilaxis, y consecuentemente, los medios para ejercer el derecho humano a la salud en la prevención del VIH, se ven afectados negativamente por la necesidad de desplazamientos intermunicipales y por problemas económicos, sociales y estructurales, además de la falta de información sobre la infección y los métodos de prevención. Este estudio se clasifica como una investigación empírica, cualitativa y cuantitativa, transversal. Esta investigación fue presentada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidade Federal de Paraíba, bajo el dictamen fundado 6.191.741. El estudio se realizó en el Complejo de Enfermedades Infecciosas Dr. Clementino Fraga del 10 de enero al 10 de mayo de 2024. La muestra final estuvo compuesta por treinta y cinco usuarios residentes en veinte ciudades del interior de Paraíba. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario semiestructurado compuesto por veinticuatro preguntas abiertas. Los datos cualitativos se analizaron mediante análisis de contenido temático-categorico, y los datos cuantitativos (de intervalo) y cualitativos (nominales y ordinales) se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando el software STATA, versión 12.0. El perfil del usuario estuvo compuesto por hombres cisgénero (57,14%), hombres no heterosexuales (57,15%), con edades entre 30 y 49 años (71,43%), color de piel morena (54,29%), solteros (85,71%), empleados (54,29%), con un ingreso de hasta dos salarios mínimos (45,72%) y con diploma de escuela secundaria (40,00%). Se identificaron tres temas en las respuestas: acceso a la información; falta de políticas públicas de prevención; y dificultades y facilidades para los usuarios. Los obstáculos destacados fueron la escasez de servicios, los desplazamientos, su duración y coste, los largos tiempos de espera para la atención y la falta de información y difusión. Las facilidades señaladas fueron: buen servicio, ausencia de cancelaciones de citas, la misma ubicación que el laboratorio para travestis y transexuales, acceso a pruebas y medicamentos en el lugar de la cita, y falta de reconocimiento. Entre otras conclusiones, los resultados de esta investigación mostraron la existencia de obstáculos individuales, sociales y estructurales como limitadores del derecho humano a la salud de usuarios del interior de Paraíba en el acceso y permanencia en la profilaxis de prevención del VIH/SIDA en João Pessoa, confirmando la hipótesis que fundamentó este estudio. Palabras clave: políticas públicas; PrEP; PEP; VIH/SIDA; derecho humano a la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mandala de Prevenção Combinada.....	83
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Usuários em PrEP no Brasil 2018-2025	84
Gráfico 2 – Municípios com disponibilidade da PrEP no Brasil 2018-2025	84
Gráfico 3 – Número de serviços com pelo menos uma dispensação 2018-2025	85
Gráfico 4 – Taxa de detecção de casos de HIV (por x100 milhab.), segundo ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024.....	133
Gráfico 5 – Taxa de detecção de casos de Aids (por x100 milhab.), segundo ano de diagnóstico. Paraíba 2010 a 2024.....	135
Gráfico 6 – Municípios com disponibilidade da PrEP na Paraíba 2018-2025	163
Gráfico 7 – Unidades dispensadoras da PrEP na Paraíba.....	164
Gráfico 8 – Percentual de dispensa da PrEP na atenção primária	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo	39
Tabela 2 – Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo	40
Tabela 3 – Distribuição por frequência das características sociodemográficas dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024	146
Tabela 4 – Distribuição por frequência das cidades de residência dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024.....	158
Tabela 5 – Medidas de posição e de variabilidade da distância entre a cidade de residência e a de tratamento dos usuários de janeiro a maio de 2024	159
Tabela 6 – Distribuição por frequência da utilização da PEP dos usuários da PREP entre janeiro e abril de 2024	170
Tabela 7 – Distribuição por frequência das características sociodemográficas dos usuários da PrEP que já utilizaram a PEP	174
Tabela 8 – Distribuição por frequência do desejo da disponibilidade do serviço nas cidades que residem dos usuários da PREP entre janeiro e abril de 2024.....	177
Tabela 9 – Distribuição por frequência do tempo de utilização da PrEP pelos usuários entre janeiro e abril de 2024	210
Tabela 10 – Distribuição por frequência dos usuários da PrEP, em relação a acreditar ou não no início anterior ao período em João Pessoa, caso o serviço estivesse disponível na cidade que reside, entre janeiro e abril de 2024	211
Tabela 11 – Distribuição por frequência dos meios de transportes utilizados pelos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024.....	212
Tabela 12 – Distribuição por frequência do custo dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024.....	215
Tabela 13 – Distribuição por frequência dos usuários da PrEP, em relação a percepção se o custo dificultou/dificulta o início ou permanência, entre janeiro e abril de 2024.	216
Tabela 14 – Distribuição por frequência do tempo de deslocamento dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024	217
Tabela 15 – Distribuição por frequência dos usuários da PREP, em relação a percepção se o tempo de deslocamento dificultou/dificulta o início ou permanência, entre janeiro e abril de 2024.....	218

Tabela 16 – Distribuição por frequência das respostas se realiza ou não outras atividades nos dias de atendimento dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024.....	218
Tabela 17 – Distribuição por frequência dos usuários, em relação a percepção se o deslocamento dificultou o início da PrEP, entre janeiro e abril de 2024	219
Tabela 18 – Distribuição por frequência da percepção dos usuários sobre o deslocamento e a dificuldade ou não para a permanência na PrEP	220
Tabela 19 – Distribuição por frequência do conhecimento dos usuários de pessoas que gostariam de iniciar ou parar a PrEP em razão do deslocamento.....	220

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas e exemplos de respostas	41
Quadro 2 – Categorias e exemplos de respostas.....	42

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Distribuição das unidades dispensadoras nos municípios	85
Mapa 2 – Distribuição de casos de HIV, notificados por Município de Residência e ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024	133
Mapa 3 – Distribuição de casos de Aids, notificados por Município de Residência e ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024	135
Mapa 4 – Distribuição dos usuários por município de residência - Paraíba.....	137
Mapa 5 – Mapa de residência dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024	160
Mapa 6 – Municípios com Unidade Dispensadora da PrEP.....	161

LISTA DE ACRÔNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Tenofovir com Lamivudina
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids	síndrome da imunodeficiência adquirida
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAB-LA	Cabotegravir
CCJ	Centro de Ciências Jurídicas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CD4	<i>Cluster of Differentiation 4</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CHCF	Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas - Dr. Clementino Fraga
CID10	Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIDH	Direito Internacional dos Direitos Humanos
DIP	Direito Internacional Público
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ENONG	Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids
ESP-PB	Escola de Saúde Pública da Paraíba
EUA	Estados Unidos da América
FTC	Emtricitabina
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
GHB	<i>Gama-hidroxibutirato</i>

<i>GRID</i>	<i>Gay Related Immuno Deficiency</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Iprex	The Preexposure Prophylaxis Initiative
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIAPN	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Intersexuais, Assexuais, Pessoas Não-Binárias
LPV	Lopinavir
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OIHP	Office International d'Hygiène Publique
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PB	Paraíba
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PPGCJ	Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
r	ritonavir
RNA	Ácido ribonucleico
RNP+CG	Rede Nacional de Apoio às Pessoas que vivem com HIV e Aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
STLV III	<i>Simian T-lymphotropic virus type III</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarato
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamento
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Registro
URE	Unidades de Referência de Exposição
URSS	União Soviética
US	Unidades de Significação
VIDAA	Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids
ZDV	Zidovudina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 METODOLOGIA.....	28
3 EPIDEMIA DO HIV NO MUNDO E NO BRASIL: DO SURGIMENTO À EFICÁCIA DAS POLÍTICAS BIOMÉDICAS DE PREVENÇÃO (PREP E PEP).....	43
3.1 UM PANORAMA DO HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL: SURGIMENTO, EXPANSÃO E SEUS PROCESSOS	43
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL AO LONGO DA HISTÓRIA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: PESQUISAS, LOCALIDADES E DIVERSIDADES	62
3.3 PREVENÇÃO COMBINADA: A IMPORTÂNCIA E EFICÁCIA DA PREP E DA PEP	72
4 DIREITO HUMANO À SAÚDE E O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS.....	90
4.1 A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: SURGIMENTO E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS E DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL	90
4.2 UM CENÁRIO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL	105
4.3 DIREITOS HUMANOS, DESIGUALDADES SOCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS	117
4.4 EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA PARAÍBA E O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO	128
5 ACESSO E PERMANÊNCIA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV NA PARAÍBA: AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A INTERIORIZAÇÃO DA PREP E DA PEP.....	144
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA PREP EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM JOÃO PESSOA, RESIDENTES EM CIDADES DE MÉDIO E PEQUENO PORTE DA PARAÍBA	146
5.2 UM OLHAR DOS USUÁRIOS SOBRE A DISPONIBILIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NAS CIDADES DO INTERIOR DA PARAÍBA EM CONTRAPONTO À CAPITAL	161

5.3 ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE HIV/AIDS, PREVENÇÃO E DISPONIBILIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	182
5.4 DIFICULDADES E FACILIDADES DOS USUÁRIOS DO INTERIOR DA PARAÍBA NO ACESSO À PREP EM JOÃO PESSOA	205
6 CONCLUSÃO.....	227
REFERÊNCIAS	233
APÊNDICES	259
ANEXOS	267

1 INTRODUÇÃO

Há quarenta e cinco anos surgiu, na década de 1980, a infecção ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), assim como a sua manifestação clínica em fase avançada, conhecida como síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), que continuam na contemporaneidade como grandes problemas de Saúde Pública no mundo e no Brasil em razão do seu caráter pandêmico (Brasil, 2021). Essa foi a primeira epidemia internacional emergida na era dos direitos humanos (Medeiros, 2007). Ela atinge segmentos sociais que apresentam maiores proporções em relação aos novos casos identificados dessa infecção, dentre eles estão, os gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), pessoas transexuais¹ e travestis², trabalhadores do sexo, além de um crescimento acentuado entre adolescentes e jovens (Brasil, 2021).

No início da epidemia, alguns grupos populacionais foram mais afetados pelo aparecimento desse vírus, como os homens cisgênero³ homossexuais⁴, residentes em grandes centros urbanos. No Brasil, os diagnósticos iniciais se concentraram na região Sudeste, mais especificamente em São Paulo e no Rio de Janeiro, assim como em classes sociais mais elevadas, pois, no começo da epidemia, as primeiras pessoas atingidas por ela haviam viajado recentemente ao exterior. Entretanto, com o passar das décadas, o perfil epidemiológico foi se alterando, o vírus passou a atingir diferentes grupos de pessoas, não ficando mais restrito a populações específicas, abrangendo indivíduos independentemente da sua sexualidade, idade, gênero⁵, classe social e região. Esse último caso ocorreu pelo avanço da infecção nas diversas áreas do país, migrando das capitais para as cidades de médio e pequeno porte⁶ situadas nos interiores dos Estados.

1 “Termo genérico que caracteriza a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento” (JESUS, 2012, p. 27).

2 “Pessoa que vivencia papéis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher, entendendo-se como integrante de um terceiro gênero ou de um não-gênero” (JESUS, 2012, p. 27).

3 “Conceito “guarda-chuva” que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento” (JESUS, 2012, p. 25).

4 “Pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica” (JESUS, 2012, p. 26).

5 “Classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres. Orienta papéis e expressões de gênero. Independe do sexo” (JESUS, 2012, p. 24).

⁶ Nesse trabalho utiliza-se cidades de médio e pequeno porte ou cidades do interior como sinônimos para nomear todos os municípios da Paraíba que não são a capital do Estado, no “[...] contexto do que se convencionou chamar em geografia de cidades médias e pequenas e que, no cotidiano da relação metrópole versus não metrópole, se anuncia como o interior do Brasil” (Domingues; Gontijo, 2021, p. 62-63).

A literatura científica tem apontado esse processo de interiorização do vírus do HIV, caracterizado pela expansão geográfica da epidemia dos grandes centros e capitais para as cidades de médio e pequeno porte localizadas no interior dos Estados (Reis *et al.*, 2008; Sousa-Gomes *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2013). Contudo, as unidades prestadoras de ações e serviços para as pessoas vivendo e convivendo com o HIV/Aids, têm apresentado uma concentração geográfica (Reis *et al.*, 2008). Esse fenômeno também ocorre em relação às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, como exemplo, a oferta da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), usada antes da exposição ao vírus, e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), utilizada após a exposição, de acordo com o site do Ministério da Saúde (MS) e o levantamento dos serviços de referência para HIV de 2025 do Governo do Estado da Paraíba.

Na Paraíba, dos 223 municípios, cinco cidades possuíam a PEP disponível em doze serviços de saúde em 2023, cinco eram em João Pessoa, três em Campina Grande, dois em Patos e um em Guarabira e Mamanguape (Brasil, s.d; Paraíba, 2023). Entre 2023 e 2025, houve um aumento considerável nos municípios e serviços de dispensa dessa profilaxia. Segundo dados do Governo da Paraíba, em 2025, esse método de prevenção está disponível em vinte e quatro serviços, o dobro de 2023, e no triplo de municípios, passando de cinco para quinze (Paraíba, 2025). O medicamento deve ser administrado de imediato, a primeira dose é mais adequada/eficaz durante as primeiras duas horas, depois desse período a eficácia da PEP começa a diminuir ao longo do tempo e pode ser iniciada até setenta e duas horas após uma eventual exposição ao vírus (DeHaan *et al.*, 2022).

Com essas considerações, esse tratamento é visto como uma urgência médica, dado que o tempo de início da medicação com os antirretrovirais, a PEP, vai interferir consideravelmente na eficácia do medicamento, devendo ser iniciado até setenta e duas horas após a exposição, seja por via sexual como o sexo desprotegido, consensual ou por violência sexual, como o *stealth*⁷, estupro ou o rompimento acidental do preservativo, e por acidentes laborais. Alguns desses casos foram indicados pelos usuários participantes desse estudo residentes no interior da Paraíba que acessavam o serviço da PrEP em João Pessoa, como: a exposição sexual consensual (relação

7 Trata-se da prática da “[...] retirada do preservativo durante a relação sexual sem que haja o consentimento do outro indivíduo [...] O autor da prática delitiva faz com que a vítima incorra em erro ao fazê-la acreditar que está em um ato sexual seguro. Todavia, sorrateiramente, retira o preservativo e passa a praticar o ato em desconformidade com a vontade, ou melhor, consentimento, prévio da vítima” (Santana, 2023, p. 01).

desprotegida e rompimento acidental do preservativo), exposição sexual não consensual (*stealthing* e estupro) e acidente laboral (corte com objeto perfurante).

Estudos como o de DeHaan *et al.* (2022) indicaram que após esse prazo de setenta e duas horas a PEP se torna ineficaz na prevenção ao HIV, portanto, ela não pode ser iniciada após esse período. Nesse caso, a disponibilidade dessa profilaxia no maior número de serviços de saúde, pode contribuir para a expansão da quantidade de usuários dessa política ao facilitar o acesso dentro do intervalo de tempo hábil para o tratamento, colaborando para efetivar os princípios de universalidade e de igualdade do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, além da disponibilidade, a informação é elemento fundamental para proporcionar esse crescimento. Nesse sentido, Silva (2022) indica a falta de campanhas públicas sobre essa tecnologia de prevenção ao HIV como motivo para o desconhecimento de alguns grupos dessa profilaxia, como é o caso das mulheres, afetando o acesso dessa parcela da população ao serviço.

Nessa mesma perspectiva, a PrEP estava disponível em quatro municípios no ano de 2023, com cinco serviços de distribuição do medicamento, dois em João Pessoa, um em Campina Grande, Santa Rita e Patos (Brasil, s.d; Paraíba, 2023). Em 2025, esse medicamento encontra-se disponível em seis serviços, nos mesmos quatro municípios de 2023. Cabe salientar a evolução da implementação desse serviço, já que até 2020, apenas a capital do Estado possuía essa disponibilidade, um dos motivos que levaram ao início da produção desse trabalho em meados de 2019 e a escolha do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas - Dr. Clementino Fraga (CHCF) como local dessa pesquisa de campo. Nesse contexto, esse estudo buscou analisar essa realidade vivenciada na Paraíba, por meio das percepções sobre o acesso e a permanência nas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, especificamente as biomédicas (PrEP e PEP), dos usuários residentes nas cidades de médio e pequeno porte do Estado que utilizam o serviço na capital.

Essa temática do HIV/Aids surgiu durante o terceiro semestre da graduação em Ciências Jurídicas e Sociais do Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com a escrita e posterior publicação, em 2014, do artigo intitulado “Suicídio ou assassinato? um outro crime por trás da prática homofóbica” no periódico *Gênero & Direito*. Durante o curso, com a participação em eventos científicos, apresentações de trabalhos e publicações de outros artigos tratando sobre questões de sexualidade e identidade de gênero, essa temática sobre a infecção sempre

surgiu como um estigma⁸. Essa mesma percepção esteve presente na produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) “Direito, população jovem LGBT e suicídio: o Estado como agente potencializador de saúde” em 2018 e posteriormente na dissertação de mestrado ““Tem bastante ponte, viaduto e prédios altos pra curar a doença deles’: um estudo dos discursos de internautas sobre os suicídios de pessoas não heterossexuais em uma rede social” em 2020.

Esse último trabalho foi o ponto crucial para pensar a temática do HIV/ Aids, já que diversos comentários analisados nele tratavam sobre essa questão, estigmatizando essa população. Durante o seu desenvolvimento, um conhecido que utilizava a PrEP, em João Pessoa, comentou sobre uma ocasião em que alguns usuários solicitaram passar a sua frente no atendimento por precisarem chegar em um determinado horário na rodoviária para embarcarem em um ônibus até o município em que residiam. Nesse sentido, observando-se essa dificuldade, buscou-se a literatura científica e informações sobre a disponibilidade desse medicamento no Estado, constatando-se sua disponibilidade exclusiva na capital, o que deu origem ao projeto de pesquisa iniciado em novembro de 2019 e submetido na seleção de 2021 do PPGCJ/UFPB.

Entretanto, apesar desse contexto, são poucos, ou quase inexistentes, as pesquisas que se enveredam sobre as estratégias e práticas de prevenção ao HIV direcionando seus esforços para avaliá-las (Paiva; Pupo; Barboza, 2006). Diversas pesquisas sinalizam a necessidade de novos estudos e pesquisas que avaliem esse processo de interiorização da epidemia do HIV, considerando as suas características locais, atuais, dimensões e complexidades, apontando sua importância na contribuição para a efetivação de medidas de prevenção e controle da infecção (Souza *et al.*, 2013; Clementino; Silva; Souza, 2017).

Essa relevância evidencia-se diante de estudos como o de Prado e Castilho (2009) realizado no Estado de São Paulo que mostrou o aumento progressivo ao risco elevado a Aids, apontando um crescimento mais acentuado da taxa de casos de Aids nos municípios do interior desse Estado. Essa sinalização foi comprovada quando observou-se que dos cinquenta municípios que mais cresceram os casos de Aids, o aumento

⁸ O estigma pode ser definido como uma característica ou atributo profundamente depreciativo visto socialmente como indesejado e incongruente com estereótipos criados para um grupo social específico. Ele está relacionado a dissonância percebida socialmente entre a identidade social virtual (expectativas normativas) e a identidade social real (atributos que provam ter), ocasionada por característica (atribuída como defeito, fraqueza ou desvantagem), que o diferencia de outros de sua categoria social (como a orientação sexual não heterossexual), criando um “[...] indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (Goffman, 1963, p. 4).

ocorreu em quarenta cidades pequenas entre os diagnósticos em homens e em trinta municípios pequenos no aumento de casos entre as mulheres (Prado e Castilho, 2009).

Esse processo de interiorização é na atualidade uma característica da epidemia na Paraíba (Clementino; Silva; Souza, 2017). Por esse motivo, evidenciou-se a importância de se empreender esforços diante de uma pesquisa acadêmica sobre a introdução e interiorização da PrEP e da PEP como política de prevenção no Estado. Na busca por conhecer essa realidade vivenciada, os relatos dos usuários que utilizavam essas medidas na capital, mas que residiam em cidades do interior, mostraram-se como fonte essencial para compreensão das dificuldades e limitações da implementação dessa política. Os dados levantados podem servir de mais um instrumento para subsidiar a criação, consolidação e ampliação das políticas de prevenção ao HIV/Aids na Paraíba, levando-se em consideração a garantia do direito humano à saúde nesse contexto.

Diante desse contexto, o problema colocado para essa pesquisa foi: em que medida esse desequilíbrio entre a expansão da epidemia nas cidades de médio e pequeno porte e a concentração das políticas públicas de prevenção ao HIV na Paraíba dificultam o pleno exercício do direito humano à saúde? A hipótese desse trabalho foi que o acesso e a permanência dessa população às profilaxias, e consequentemente os meios de efetivação do direito humano à saúde na prevenção ao HIV, são impactados negativamente pela necessidade de deslocamento intermunicipal e por questões econômicas, sociais e estruturais, além da falta de informação sobre a infecção e os métodos de prevenção.

A tese central deste estudo é que, ao se considerar a interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba entre 2018 e 2024, embora represente um avanço nas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, enfrenta desafios que comprometem sua efetividade e a garantia do direito humano à saúde no contexto das cidades de médio e pequeno porte localizadas no interior do Estado da Paraíba, conforme a percepção dos usuários que residem em municípios do interior e utilizam essas profilaxias na capital (João Pessoa), revelando lacunas na acessibilidade, informação e equidade territorial.

O objetivo geral desse estudo foi avaliar a existência de dificuldades no acesso e permanência às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, PrEP e PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte do interior do Estado da Paraíba.

Os objetivos específicos foram definidos visando responder o objetivo geral:

- 1) Caracterizar os avanços do processo histórico da epidemia do HIV/ Aids;
- 2) Analisar as relações entre direitos humanos, direito a saúde e as políticas

públicas voltadas ao HIV/Aids;

3) Discutir a partir dos dados levantados a existência de barreiras no acesso e permanência as políticas de prevenção ao HIV, a PrEP e a PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte na Paraíba.

4) Avaliar se os obstáculos no acesso e permanência as profilaxias dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte na Paraíba atuam como um desafio para o pleno exercício do direito humano à saúde.

No intuito de alcançar o objetivo geral proposto nessa pesquisa, o trabalho foi estruturado em três capítulos, cada seção busca responder um ou mais objetivos específicos delimitados: O primeiro capítulo “epidemia do HIV no mundo e no Brasil: do surgimento à eficácia das políticas biomédicas de prevenção (PREP e PEP)” aborda o surgimento, expansão e os processos presentes nas cinco décadas da epidemia do HIV no Brasil (3.1), observando as mudanças do perfil epidemiológico em diferentes regiões do país (3.2) até a prevenção combinada e a eficácia das profilaxias (PrEP e PEP) (3.3).

O segundo capítulo “direito humano à saúde e o acesso às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids” discute a concepção da saúde como um direito humano (4.1), sua realização por meio de políticas públicas no combate à epidemia do HIV/Aids (4.2) diante das desigualdades sociais (4.3) e do contexto da Paraíba (4.4). Por fim, o terceiro capítulo “acesso e permanência as políticas públicas de prevenção ao HIV na Paraíba: avaliação dos usuários sobre a interiorização da PREP e PEP”, busca apresentar e analisar o perfil sociodemográfico dos participantes e os três temas localizados nesse estudo através da análise de conteúdo do tipo temático-categorial (escassez de políticas públicas de prevenção; acesso à informação; dificuldades e facilidades dos usuários no acesso as profilaxias).

O aporte para as discussões realizadas no terceiro capítulo foram os questionários semiestruturados dos usuários da PrEP e o seu diálogo com a literatura científica. Nesse sentido, esse trabalho busca apresentar o contexto percebido pelos voluntários desse estudo que residiam no interior da Paraíba e precisavam se deslocar até a capital para acessarem as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, observando-se os obstáculos que provocam dificuldades para o pleno exercício do direito humano à saúde.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se classifica como uma pesquisa empírica de natureza qualitativa e quantitativa, de corte transversal e com técnica de análise de conteúdo do tipo temático-categorial. Uma pesquisa empírica/campo é usada objetivando “[...] conseguir informações e/ou conhecimentos sobre um problema, para o qual se procura uma resposta, ou sobre uma hipótese, que se queira comprovar [...]” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 202-203), constituindo-se “[...] na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes para analisá-los” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 203).

Essa pesquisa incorpora elementos das abordagens qualitativa e quantitativa, entretanto, Creswell (2010, p. 25) menciona que os estudos tendem “[...] a ser mais qualitativo do que quantitativo, ou vice-versa”, desse modo, o “[...] qualitativo e o quantitativo se complementam e podem ser utilizados em conjunto nas pesquisas [...]” (Souza; Kerbauy, 2017, p. 21). Nesse sentido, o “[...] conjunto de dados quantitativos e qualitativos [...] não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (Minayo, 2007, p. 22).

A pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21). Essa pesquisadora divide o desenvolvimento das pesquisas qualitativas em três etapas: A primeira é a fase exploratória, seguida do trabalho de campo e, por fim, a “análise e tratamento do material empírico e documental”.

A etapa exploratória “[...] consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo” (Minayo, 2007, p. 26). A segunda fase, o trabalho de campo, “consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. [...] de fundamental importância exploratória, de confirmação e refutação de hipóteses e de construção de teoria”. Por fim, a última fase representa o “conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria [...]” (Minayo, 2007, p. 26-27), dividindo-se em ordenação, classificação e análise dos dados.

Em relação a natureza qualitativa da pesquisa, Godoy (1995, p. 21) entende que nessa perspectiva:

[...] um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (Godoy, 1995, p. 21).

Nesse sentido, Guerra (2014, p. 11) compreende que nas investigações de natureza qualitativa o pesquisador:

[...] objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (Guerra, 2014, p. 11).

As pesquisas dessa natureza oportunizam ao estudioso “[...] investigar os fatos e compreendê-los no contexto em que eles ocorreram ou ocorre, pois o pesquisador vai a campo para levantamento e coleta de dados, analisa-os e pode entender a dinâmica dos fatos” (Proetti, 2018, p. 07). Esse autor menciona que as pesquisas qualitativas possuem como “objetivo demonstrar os resultados pelo sentido lógico/coerente que eles apresentam, ou seja, o sentido lógico que resulta do tratamento científico empenhado pelo pesquisador” (2018, p. 07).

No que se refere aos estudos transversais, Zangirolami-Raimundo, Echeimberg e Leone (2018, p. 357) apontam que a sua principal característica está no fato que “[...] a observação das variáveis [...] é realizada em um único momento (o mesmo), quando o pesquisador registra uma "fotografia" dos fatos (variáveis) de interesse e não o "filme" de sua evolução”. Nessa mesma perspectiva, em relação ao estudo transversal, Fontelles *et al.* (2009, p. 07) indicam que a “[...] pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje”. O pesquisador durante estudos dessa natureza [...] coleta os dados [...] num único instante no tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado” (Jung, 2003, não paginado).

A análise de conteúdo, segundo Moraes (1999, p. 08) é uma técnica utilizada para “[...] descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”. Desse modo, esse autor sinaliza que esse tipo de análise conduz a “[...] descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum” (1999, p. 08). Nessa perspectiva, Francisco *et al.* (2021, p. 04) indicam que o objetivo

dessa análise é de “[...] descrever e de interpretar o conteúdo de textos e documentos, ajudando a compreender as mensagens e a atingir seus significados num nível especial no processamento de dados científicos”.

A análise de conteúdo possui diversas modalidades, trata-se de técnicas que buscam compreender “[...] os significados manifestos e latentes no material qualitativo [...]” (Minayo, 2004, p. 204). As técnicas que compõem esse tipo de análise são a “[...] Análise de Expressão, Análise das Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação” (Minayo, 2004, p. 204-205). Segundo Souza Júnior, Melo, Santiago (2010, p. 34), o tipo categorial temática visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (2010, p. 34), usando “[...] de forma mais interpretativa, em lugar de realizar inferências estatísticas” (2010, p. 34).

Essa análise, de acordo com Souza Júnior, Melo e Santiago (2010) é desenvolvida:

[...] em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos (Souza Júnior; Melo; Santiago, 2010, p. 34).

Essa técnica auxilia o investigador a extrair “[...] do texto escrito seu conteúdo manifesto ou latente” coletados através de “[...] resultados de entrevistas (diretivas ou não), questionários abertos, discursos ou documentos oficiais, textos literários, artigos de jornais [...]” (Oliveira *et al.*, 2003, p. 05). Assim, diante das diversas técnicas de análise de dados, elegemos para esse estudo a análise de conteúdo.

Ela é definida como “[...] um conjunto de técnicas de exploração de documentos, que procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados em um determinado texto” (Oliveira *et al.*, 2003, p. 05). O objetivo é “[...] assinalar e classificar de maneira exaustiva e objetiva todas as unidades de sentido existentes no texto” (Oliveira *et al.*, 2003, p. 06).

Na visão de Oliveira *et al.* (2003), a análise de conteúdo tem seu início, normalmente, com:

[...] uma leitura flutuante por meio da qual o pesquisador, num trabalho gradual de apropriação do texto, estabelece várias idas e vindas entre o documento analisado e as suas próprias anotações, até que comecem a emergir os contornos de suas primeiras unidades de sentido. Estas unidades de sentido - palavras, conjunto de palavras formando uma locução ou temas -

são definidas passo a passo e guiam o pesquisador na busca das informações contidas no texto (Oliveira *et al.*, 2003, p. 06).

Essa técnica proposta por Bardin (1977), a análise de conteúdo, sugere etapas a serem realizadas. As três etapas indicadas são a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira visa à definição dos documentos que serão utilizados, a proposição de hipóteses, os objetivos da pesquisa e o referencial teórico a ser utilizado. A segunda, ocorre a estruturação dos dados que foram encontrados, o que possibilita a compreensão dos conteúdos do texto. Por fim, a última etapa, ocorre inferências e/ou interpretações sobre os objetivos que foram indicados na primeira etapa pelo pesquisador, momento em que se confrontam os resultados que foram obtidos com a pesquisa.

Considerando essas etapas elencadas por Bardin (1997), Oliveira (2008) apresenta procedimentos a serem aplicados na análise temático-categorial, a qual optamos nesse estudo, por melhor se adequar ao material utilizado, abordando temas da área da saúde e por ser uma investigação qualitativa e quantitativa, sendo essa a técnica que melhor se enquadra nesse contexto (Minayo, 2004). Após a coleta dos dados, com o seu armazenamento, foram iniciadas as leituras flutuantes, seguidas pela construção de hipóteses provisórias, estabelecimento da Unidade de Registro (UR) (podem ser representadas por palavras, temas e outros), elaboração de temas ou Unidades de Significação (US) (um conjunto de UR compõe um tema), definição das dimensões dos temas, tratamento e apresentação dos resultados (através de diversas formas como a formulação de tabelas) e, por fim, a discussão dos resultados e o retorno ao objeto estudado.

O referencial teórico usado no desenvolvimento desse trabalho foram coletados em bases científicas, Scielo, Google Acadêmico e do Portal de Periódicos da CAPES, além dos repositórios científicos das instituições de nível superior, a exemplo o da UFPB. Os materiais utilizados consistiram em artigos científicos, livros, capítulos de livros, relatórios e trabalhos acadêmicos, a exemplo de dissertações e teses. Dentre os autores utilizados na realização desse estudo, é possível mencionar no campo do direito e HIV/Aids como Medeiros (2007), Miriam Ventura (2005), Roger Rios (2004), Simão e Barbosa (2008), Maia e Rei Júnior (2019) e no campo dos direitos humanos Peterke (2010), Giuseppe Tosi (2018), Lima (2018, 2019), Carlos Weis (2002), Flávia Piovesan (2006) e Boaventura e Nunes (2003).

Alguns autores trazem ideias centrais para esse estudo, ao considerarem os

direitos a informação, saúde e acesso a inovações de prevenção como componentes dos direitos humanos. Dentre essas concepções, Calais e Perucchi (2017) quando tratam a prevenção ao HIV e aos insumos, a exemplo da PrEP e PEP, como um direito advindo do direito humano à saúde. Terto Jr. e Raxach (2016) que compreendem o acesso a inovações no campo da prevenção ao vírus do HIV como um potencializador do direito humano à vida e à saúde. Assim como Edmundo (2008) que considera a desigualdade no acesso às novas tecnologias de prevenção ao HIV como produtor de vulnerabilidade⁹ ao HIV, principalmente, diante do contexto sociocultural. Além de Paiva, Pupo e Barboza (2006) que entendem que diante dessa diferença de condição de vida, reconhecer essa desigualdade e os impactos gerados por ela, reflete em ações de proteção ao HIV.

Nesse sentido, visando compreender o processo de interiorização na Paraíba, da PrEP e PEP, e o contexto vivenciado sobre o acesso as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, o campo de realização dessa pesquisa foi o Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas - Dr. Clementino Fraga, instituição de referência no tratamento e prevenção do HIV, e um dos seis serviços que disponibilizam a PrEP e um dos vinte quatro que possuem disponíveis a PEP no Estado da Paraíba em 2025.

Anteriormente ao início da coleta de dados, foram feitas visitas ao Hospital Dr. Clementino Fraga para verificar os procedimentos e locais para a solicitação formal junto à coordenação da instituição, requerendo um parecer favorável para a realização da pesquisa no seu espaço físico. Foram recebidas algumas informações divergentes de como proceder com essa solicitação, o que demandou um intervalo de tempo até, por fim, o recebimento da indicação correta de que o termo de anuência deveria ser solicitado junto a Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba (ESP-PB) por meio de um formulário eletrônico disponível no site da instituição.

O termo de anuência para realização da pesquisa no hospital CHCF da rede estadual de saúde da Paraíba (Anexo A) foi disponibilizado pela ESP – PB no dia 08 de março de 2023. A aprovação do projeto foi concedida pelo PPGCJ/UFPB no dia 08 de maio de 2023. De posse desses documentos, o projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB) em acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelecem diretrizes e normas

⁹ Compreende-se vulnerabilidade como “[...] a possibilidade das pessoas adoecerem devido a condições diversas que são influenciadas pelo contexto em que elas estão inseridas” (Fonseca *et al.*, 2021, p. 1).

para pesquisas e testes em seres humanos no dia 20 de junho de 2023, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 70733923.8.0000.5188. No dia 19 de julho de 2023 foi emitido o parecer consubstanciado 6.191.741 (Anexo B) aprovando a execução do projeto de pesquisa.

Diante da realização do estágio docência junto as turmas de Direitos Humanos dos turnos matutino e noturno ministradas pelo professor Dr. Robson Antão de Medeiros da graduação em Direito do CCJ/UFPB nos períodos 2022.2 e 2023.1, ambos desenvolvidos durante o ano de 2023, e da escrita do texto da tese para a banca de qualificação, optou-se pelo início da etapa da realização da pesquisa de campo no CHCF no começo do ano de 2024. Após a banca de qualificação, e de posse do parecer consubstanciado do CEP/CCS/UFPB foi solicitado o encaminhamento para iniciar a coleta de dados no CHCF, documento esse disponibilizado pela ESP – PB no dia 6 de dezembro de 2023 (Anexo C).

Diante da disponibilidade desse encaminhamento, efetuou-se a entrada no campo para coleta no dia 10 de janeiro de 2024, com recepção e auxílio do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do CHCF. A responsável pelo NEP mostrou o serviço e apresentou os profissionais responsáveis. Nesse momento de apresentação, ao indicar a pesquisa e o seu objetivo, a responsável pelo setor em que se localizavam as profilaxias, demonstrou seus receios em relação a aplicação dos questionários para os usuários da PEP, indicando as dificuldades relacionadas a esse público, em razão das suas especificidades.

Dessa forma, ela esclareceu que seria difícil conseguir a participação desses usuários, já que eles desejavam falar com o menor número de pessoas sobre a situação, frequentemente apenas com o médico infectologista. Nesse sentido, notou-se essas dificuldades em abordar e aplicar o questionário com esse público no início da vivência no serviço, as pessoas chegavam logo após a exposição, por essa razão estavam nervosas e receosas com uma possível infecção pelo HIV. Em vista disso, considerando a posição da responsável, as observações no serviço e as indicações na banca de qualificação de tese, tendo em vista que os questionários da PrEP também abordavam a PEP, optou-se por permanecer apenas com esse segundo público (PrEP), abarcando, as temáticas referentes a PEP.

Em relação aos participantes, foram incluídos nesse estudo todas as pessoas que, cumulativamente, estavam realizando o uso da PrEP no Hospital Dr. Clementino Fraga e não residiam na cidade de João Pessoa – PB. Já o critério de exclusão foi os usuários

que realizavam o uso dessas políticas de prevenção nesse hospital e afirmaram possuir residência em um município que não pertencia ao território do Estado da Paraíba.

O período de realização da pesquisa no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas - Dr. Clementino Fraga, ocorreu de 10 de janeiro de 2024 a 10 de maio de 2024, totalizando quatro meses, com frequência de três dias na semana (quarta-feira e sexta-feira no turno da manhã e na quinta-feira no período da tarde). A pesquisa foi realizada durante o intervalo de quatro meses considerando os relatos de alguns usuários sobre a dispensa máxima dos medicamentos serem realizados pelos médicos infectologistas responsáveis pelo serviço para esse período.

Nessa lógica, o protocolo da PrEP estabelecido pelo Ministério da Saúde, indica a primeira dispensa de medicamentos para 30 dias e, após constatação da adesão do usuário a estratégia, a dispensa passa a ser quadrimestral, ou seja, a cada 120 dias (Brasil, 2025). Essa escolha se deu em razão da possibilidade de saturação, ou seja, após o período máximo de disponibilidade do medicamento, os entrevistados se repetiriam. No campo, essa decisão se mostrou consistente. Após os três primeiros meses, os usuários começaram a se repetir e ao se aproximar dos quatro meses, menos usuários não abordados ou não entrevistados apareciam.

Os dias foram estabelecidos pelo cronograma de atendimento dos três médicos infectologistas responsáveis pelo serviço no hospital. Nas quartas-feiras e sextas-feiras nos turnos da manhã e nas quintas-feiras nos períodos da tarde. Os horários de permanência no CHCF nos dias de atendimento se deram em razão da percepção/observação e diálogo com alguns funcionários de que não chegariam mais usuários em razão do horário avançado do início do atendimento ou da finalização dos atendimentos pelos infectologistas.

O trajeto até o hospital se dava por meio da utilização de dois transportes públicos urbanos (ônibus municipais) e a chegada ocorria antes do início dos serviços (07:00 da manhã e 13:00 da tarde). A entrada era realizada através da recepção dos funcionários/estagiários (lado direito), enquanto a recepção do lado esquerdo era específica para os usuários. Nos dias de coleta foi utilizado um crachá de identificação com foto, máscara de proteção N95 e jaleco durante toda a permanência no serviço. Aos usuários foram disponibilizados o questionário, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), prancheta e caneta esferográficas para preenchimento do instrumento de pesquisa.

A espera, abordagem e captação dos usuários foram realizadas durante a chegada ao serviço, enquanto aguardavam a consulta com o médico, o atendimento pela psicóloga, a realização de exames ou antes do preenchimento de fichas por algumas das atendentes que auxiliavam a psicóloga responsável pela PrEP no CHCF. Cabe mencionar o apoio e auxílio das profissionais para o bom desenvolvimento da coleta de dados, contribuindo para a resolução de dúvidas sobre o serviço e indicação de usuários que cumpriam os critérios de inclusão para essa pesquisa. Além dessa aproximação no serviço de saúde, foi utilizada também a técnica de amostragem “*snowball*” conhecida no Brasil como “Bola de Neve” que utiliza cadeias de referência (Baldin; Munhoz, 2011). Trata-se, segundo esses autores, de uma técnica de amostragem não probabilística, onde os participantes iniciais da pesquisa indicam outros participantes que também fazem novas indicações de participantes e assim sucessivamente.

Os usuários que concordaram em participar como voluntários dessa pesquisa e assinaram o TCLE, responderam a um questionário abordando temas de interesse desse estudo como as dificuldades encontradas em acessar e continuar utilizando os serviços de prevenção ao HIV/Aids diante da necessidade de deslocamento entre cidades, sua percepção em relação à disponibilidade dessas políticas entre o seu município de origem e o que faz uso dessa estratégia e a importância da PrEP e PEP na sua vivência para a prevenção ao HIV.

Durante o contato com os usuários, inicialmente era feita uma apresentação e explicação da pesquisa, depois era questionado sobre ser ou não residente em João Pessoa, caso sim, era questionado sobre o conhecimento deles de outros usuários que se encaixavam nos critérios de inclusão e não estavam incluídos nos critérios de exclusão desse estudo. Caso o usuário não residisse na capital, era questionado se o município de moradia era na Paraíba ou em outra localidade, no caso de residir no Estado, era feito o convite para participar da pesquisa respondendo o questionário e assinando o TCLE. Depois da conclusão desse instrumento, eles eram indagados sobre conhecerem ou não outras pessoas nesse mesmo contexto.

Observou-se que os usuários tinham um temor em falar sobre o HIV/Aids, semelhante ao percebido nos usuários da PEP. Acredita-se que esse fato se dava em razão do receio da discriminação social existente sobre a infecção, a falta de informação de parte da sociedade das políticas de prevenção ao HIV/Aids e o interesse pessoal de manter o sigilo da utilização da profilaxia. Após o contato inicial e do esclarecimento do sigilo dos dados pessoais, a maioria dos usuários aceitaram participar do estudo.

Entretanto, ao utilizar-se a técnica de amostragem não probabilística (bola de neve), quase todos indicaram não conhecer nenhum outro usuário que poderiam participar da pesquisa, apenas um que afirmou conhecer outra pessoa da mesma cidade que ele, mas que já havia participado em outro momento do estudo.

Além desse fato, observou-se também um desconforto de alguns usuários em participar de um novo estudo, demonstrando que diversas pesquisas estão sendo realizadas com esse público (usuários da PrEP) no hospital. Dentre as insatisfações, e indicativos para a recusa, eles mencionaram já ter participado de muitos estudos, chegando a confundir a participação nessa pesquisa com outra ou aceitar participar, mas demonstrando e indicando o estresse gerado com a quantidade de trabalhos que já colaboraram.

Nesse sentido, uma usuária se recusou a participar da pesquisa e outra foi excluída por possuir idade abaixo de dezoito anos, mas que provavelmente não foi atendida por estar acompanhada por amigos adultos que eram usuários da profilaxia e não por seus responsáveis legais¹⁰. Durante a coleta duas pessoas iniciaram a pesquisa, mas não concluíram. Uma em razão de um problema familiar (a filha estava em atendimento em um outro hospital próximo e precisou se deslocar até ela) e outro iniciou o preenchimento do formulário, mas precisou sair para realizar alguns dos procedimentos do atendimento e não retornou para concluir ou foi visto posteriormente.

Durante a aplicação dos questionários uma das pessoas foi excluída da pesquisa, em razão das informações serem prestadas aleatoriamente e sem a leitura das perguntas. Na fase de análise dos questionários, foram excluídas duas pessoas da amostra do estudo, por indicarem residir em cidades dos Estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco. Após essas duas exclusões, permaneceram trinta e seis pessoas. Em razão do sigilo das informações prestadas, os nomes dos usuários foram alterados por uma sequência numérica de 1 a 36 precedido de V (voluntário), seguindo a ordem cronológica dos dias e meses de resposta ao questionário.

Entretanto, após o início da análise e atribuição dos códigos de identificação dos usuários (V1 a V36), identificou-se que o voluntário V12 residia em uma cidade localizada no interior do Estado de Alagoas. Nesse sentido, considerando os critérios de

¹⁰ Entretanto, não é possível afirmar com precisão que esse foi o único motivo para o embasamento do não atendimento. Porém, caso a idade e falta de responsáveis tenham sido as únicas razões para basilar a negativa, ela pode ter ocorrido em desacordo com a Nota Técnica nº 498/2022 emitida pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde com “as bases legais e normativas para subsidiar o acesso e a indicação da PrEP para adolescentes maiores de 15 anos, sem a necessidade da presença dos pais, mães ou responsáveis” (Brasil, 2024a).

inclusão e exclusão desse estudo, as respostas ao questionário desse usuário foram excluídas.

Nesse sentido, após a exclusão desses usuários, quatro que apesar de estarem incluídos nos critérios de inclusão desse estudo, não aceitaram participar da pesquisa, não concluíram o questionário ou foram excluídos em razão da não leitura das perguntas do questionário e do fornecimento de respostas aleatórias, e três voluntários que responderam ao questionário, mas estavam incluídos nos critérios de exclusão (não residir em um município pertencente ao território paraibano). Desse modo, o universo encontrado foi de trinta e nove usuários que possuíam os requisitos para participar desse estudo, porém, após as exclusões, a amostra final dessa pesquisa foi composta por trinta e cinco pessoas, identificadas com códigos em intervalos de V1 a V11 e V13 a V36.

O instrumento de pesquisa aplicado aos usuários da PrEP que residiam em municípios localizados no interior do Estado da Paraíba e utilizavam os serviços de prevenção ao HIV na capital, foi composto por vinte e quatro perguntas abertas (Apêndice B), excluindo as perguntas referentes aos dados sociodemográficos (nome, idade, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, escolaridade, cor/raça, situação de trabalho atual, profissão, renda e cidade de residência). Diante desse contingente numérico, trinta e cinco usuários e vinte e quatro questões, o total máximo de respostas possíveis seriam 840. Entretanto, 16 perguntas foram deixadas sem respostas, resultando um total de 824 respostas ao final da aplicação do questionário.

Utilizou-se o programa Excel versão 2504 da Microsoft para digitalização das respostas. Elas foram organizadas em tabelas para cada uma das questões (vinte e quatro) e separadas por linha, cada uma delas contendo a resposta de um usuário. Após esse momento, foram realizadas leituras flutuantes¹¹ (Oliveira, 2008) das 824 respostas, observando semelhanças que pudessem reunir essas respostas em temas/categorias. Notou-se a presença frequente de comentários que se adequavam a três temas diferentes, cujos conteúdos tratavam sobre: A) informação sobre as políticas de prevenção ao HIV/Aids, B) escassez das políticas de prevenção ao HIV/Aids e C) dificuldades e vantagens de acessar os serviços de prevenção ao HIV/Aids na capital.

Desse modo, considerando essa predominância, foram estabelecidos três temas. Após essa definição, foram efetuadas novas leituras, observando o teor das respostas e

¹¹ Nesse momento, a “Leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto: implica a leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes, como se flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura” (Oliveira, 2008, p. 572).

as categorizando. Considerando esses critérios, foram excluídas 480 das 824 respostas, permanecendo na amostra final, 344. Esse número final, 344, foi agrupado da seguinte maneira: A) 96, B) 138 e C) 110.

Essas respostas foram desconsideradas da análise categorial por não se encaixarem nos temas/categorias estabelecidos após observação dos conteúdos que se repetiam, respostas binárias (sim ou não) ou numéricas (distância, horas, meses, anos e renda). Entretanto, apesar dessas respostas não serem categorizadas, as informações obtidas por elas foram utilizadas, quando conveniente, a exemplo, do tempo médio de deslocamento e de uso da profilaxia. Esses dados quantitativos (variáveis do tipo quantitativa intervalar) foram utilizadas a média, mediana e o desvio padrão e as qualitativas (variáveis do tipo qualitativa nominal e ordinal) foi utilizado a distribuição por frequência, analisados por meio das estatísticas descritivas, utilizando o Software STATA versão 12.0.

Seguindo os procedimentos estabelecidos por Oliveira (2008), foram construídas as tabelas sínteses que agrupam e sistematizam os procedimentos definidos na técnica da análise de conteúdo do tipo temático-categorial (tabelas 1 e 2). A primeira tabela, sintetiza as Unidades de Registro (UR) (As respostas foram estabelecidas como UR, assim, uma resposta corresponde a uma UR) e os temas ou Unidades de Significação (Acesso à informação; Escassez de políticas públicas de prevenção; Dificuldades e facilidades dos usuários). Nela constam os Corpus estabelecidos através do agrupamento dos usuários, seguindo uma ordem cronológica e buscando uma divisão equitativa: Corpus 1 (V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9), Corpus 2 (V10, V11, V13, V14, V15, V16, V17, V18), Corpus 3 (V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V26, V27) e Corpus 4 (V28, V29, V30, V31, V32, V33, V34, V35, V36). Além disso, ela apresenta as UR por Corpus.

A segunda tabela, apresenta o resumo da composição das categorias nessa análise (tabela 2). Encontram-se informações como as categorias por tema e as UR encontradas por temas e categorias. No tocante a predominância de UR, o Tema B “Escassez de políticas públicas de prevenção” (138) foi o maior, acompanhado do tema C “Dificuldades e facilidades dos usuários” (110) e tema A “Acesso à informação” (96). Os quadros 1 e 2 apresentam os temas e categorias com exemplos de cada uma delas, visando ilustrá-las, observando modelos sugeridos no trabalho de Oliveira (2008).

Tabela 1 – Síntese das unidades de registro e unidades de significação na análise de conteúdo

CÓDIGO DO TEMA	TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº DE UNIDADES DE REGISTRO (UR)				TOTAL UR	Nº TOTAL CORPUS ANALISADOS
		CORPUS 01	CORPUS 02	CORPUS 03	CORPUS 04		
A	Acesso à informação	35	23	22	16	96	4
B	Escassez de políticas públicas de prevenção	38	29	36	35	138	4
C	Dificuldades e facilidades dos usuários	37	29	23	21	110	4
Total UR		110	81	81	72	344	

Fonte: Autoria própria, 2025.

Tabela 2 – Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/ TEMA	% UR/ TEMA	CATEGORIAS	Nº UR/ CATEGORIA	% UR/ CATEGORIA
Acesso à informação	96	27,91	Conhecimento pessoal	71	20,64
			Conhecimento social	8	2,33
			Divulgação de informações	17	4,94
Escassez de políticas públicas de prevenção	138	40,11	Escassez geográfica	41	11,92
			Escassez de estratégias	10	2,91
			Disponibilidade das estratégias	39	11,33
			Disponibilidade e prevenção	34	9,88
			Serviços da PEP	14	4,07
Dificuldades e facilidades dos usuários	110	31,98	Dificuldades na cidade	15	4,36
			Facilidades na cidade	20	5,81
			Dificuldades na capital	51	14,83
			Facilidades na capital	24	6,98
Total UR	344	100	12	344	100

Fonte: Autoria própria, 2025.

Quadro 1 – Temas e exemplos de respostas

CÓDIGO DO TEMA	TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	EXEMPLO DE DISCURSO
A	Acesso à informação	“Pouca divulgação, vim saber da existencia quando vim ao Clementino”
B	Escassez de políticas públicas de prevenção	“Não, só em João Pessoa. Lá nem preservativo, só agora na eleição”
C	Dificuldades e facilidades dos usuários	“Dificulta, porque é distante, não tenho saúde e preciso gastar dinheiro. Tiro de um santo para cobrir outro, as vezes deixo de comer. Não pago uma luz, água ou não compro comida para pagar o carro”

Fonte: Autoria própria, 2025.

Quadro 2 – Categorias e exemplos de respostas

CÓDIGO DO TEMA	CATEGORIAS	EXEMPLOS DE DISCURSOS
A	Conhecimento pessoal	“Quando eu descobri que meu Marido era Soro Positivo. aqui no Clementino Fraga conheci a PREP. Hoje Faço Parte”
	Conhecimento social	“Sim. Meu receio é por as pessoas não entenderem o assunto já criam uma discriminação por não saberem o que é”
	Divulgação de informações	“Sim, as vezes é falta do conhecimento e informação. As vezes não vai atrás porque não tem informação”
B	Escassez geográfica	“Não há disponibilidade, então há o deslocamento”
	Escassez de estratégias	“Não, só em João Pessoa. Lá nem preservativo, só agora na eleição”
	Disponibilidade das estratégias	“pra mim tanto faz, gosto do atendimento J.P.”
	Disponibilidade e prevenção	“acredito que com a prep consigo ter um relacionamento mas seguro com meu parceiro”
	Serviços da PEP	“Já fui estuprada, estourou camisinha e o homem tirou. Já passei pelas duas (PREP e PEP)”
C	Dificuldades na cidade	“Na minha cidade além de não ter o devido tratamento. Ainda vem o preconceito de muitos”
	Facilidades na cidade	“Se o acesso estivesse em Sousa, se manda-se para Sousa para facilitar o acesso do povo do sertão”
	Dificuldades na capital	“Dificulta, porque é distante, não tenho saúde e preciso gastar dinheiro. Tiro de um santo para cobrir outro, as vezes deixo de comer. Não pago uma luz, água ou não compro comida para pagar o carro”
	Facilidades na capital	“É uma referência no Estado e sempre disponível a população”

Fonte: Autoria própria, 2025.

3 EPIDEMIA DO HIV NO MUNDO E NO BRASIL: DO SURGIMENTO À EFICÁCIA DAS POLÍTICAS BIOMÉDICAS DE PREVENÇÃO (PREP E PEP)

Esse capítulo foi dividido em três subcapítulos: “um panorama do HIV/Aids no mundo e no Brasil: Surgimento, expansão e seus processos”, “perfil epidemiológico no Brasil ao longo da história da epidemia de HIV/Aids: pesquisas, localidades e diversidades” e “prevenção combinada: a importância e eficácia da PrEP e da PEP”. Esses três tópicos buscaram em conjunto “caracterizar os avanços do processo histórico da epidemia do HIV/ Aids no Brasil”. Desse modo, eles trabalham do processo histórico do surgimento e origem da epidemia do HIV/Aids, as primeiras ações tomadas diante dessa nova infecção, sua associação com grupos sociais estigmatizados, as concepções de grupo de risco e vulnerabilidade, a sua chegada ao Brasil, as primeiras ações diante dessa infecção, as modificações dos perfis epidemiológicos diante dos processos observados durante as décadas da epidemia até os estudos de eficácia, disponibilidade e cenário atual do perfil dos usuários da PrEP e PEP no contexto da prevenção combinada.

Esse capítulo teve como propósito atingir o primeiro objetivo específico desse trabalho, peça-chave para alcançar o objetivo geral, pois aponta os processos históricos dessa epidemia, o acúmulo e mudanças produzidas pelo conhecimento sobre ela e os impactos que tiveram atualmente. É nesse sentido que concebe-se a noção de vulnerabilidade a infecção, a concepção de subepidemias, a interferência dos contextos locais na epidemia, o estigma relacionado a infecção, a eficácia das profilaxias em nível populacional e individual, o cenário atual dos casos de HIV/Aids no Brasil e da PrEP e PEP. Essas concepções e contextos são essenciais para esse estudo, no sentido de apontarem subsídios para compreender e avaliar os obstáculos percebidos pelos usuários do interior do Estado no acesso dessas profilaxias na capital.

3.1 UM PANORAMA DO HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL: SURGIMENTO, EXPANSÃO E SEUS PROCESSOS

O mundo se deparou durante os anos 1980 com o surgimento da epidemia produzida pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), identificando a síndrome da

imunodeficiência adquirida¹² (Aids) em 1981 (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000). Esse foi o período em que apareceram as primeiras pesquisas sobre o agente etiológico em conjunto ao surgimento da Aids, momento que se mostrou fundamental tanto para a descoberta quanto para a formulação de soluções preliminares a epidemia mundial (Fernandes; Bruns, 2021).

Um ano depois de sua identificação, o Center for *Disease Control and Prevention*¹³ (CDC) localizado em Atlanta nos Estados Unidos da América (EUA) construiu a definição pioneira de caso de Aids, produzindo orientações relacionadas ao processo de vigilância epidemiológica dessa pandemia decorrente dessa nova infecção pelo HIV. Levando-se em consideração os critérios construídos pelo CDC, foi estabelecido o primeiro conceito de caso de Aids em adultos no ano de 1987 e, em 1988, em crianças (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015).

Essa definição retratou um “[...] conjunto específico de critérios aos quais um determinado individuo deve atender para ser considerado um caso da doença sob investigação” (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015, p. 489). Essas autoras sinalizaram que diante da Aids essa concepção deveria ser sempre atualizada no que trata dos critérios de definição de caso, já que essa doença provoca mudanças clínico-epidemiológicas e laboratoriais contínuas.

As pesquisas fundamentais e mais relevantes para a descoberta etiológica da Aids, o HIV, foram realizadas pelos estudiosos Robert Charles Gallo, vinculados ao *National Cancer Institute*¹⁴, localizado nos EUA, e Luc Montagnier associado ao Instituto Pasteur com localidade na França, além das suas equipes que contribuíram nos estudos reconhecidos nesse tema (Fernandes; Bruns, 2021). A Aids é a evolução da infecção pelo HIV quando não é feito o tratamento adequando com o uso de antirretrovirais, essa progressão ocorre ao passo que número de linfócitos T¹⁵-CD4¹⁶ é comprometido pelo HIV (Brasil, 2021).

Esse vírus pode ser transmitido através de três vias: sexual, pelo espermatozóide e secreção vaginal, sanguínea pela via parental (aplicação de medicamento por meio de

¹² A comunidade científica aplicou esses termos pela “susceptibilidade às infecções oportunistas e o estado de profunda imunodepressão [...]” (Medeiros, 2007, p. 26) (imunodeficiência), pelo “[...] conjunto de sintomas e sinais [...]” (2007, p. 27) (síndrome) e por ser uma infecção transmissível (adquirida).

¹³ Centros de Controle e Prevenção de Doenças (tradução nossa).

¹⁴ Instituto Nacional do Câncer (tradução nossa).

¹⁵ Linfócitos T auxiliares-indutores ou células T auxiliares “[...] são responsáveis pela modulação da resposta imunológica” (Lazarotto; Deresz; Sprinz, 2010, p. 150).

¹⁶ É um marcador fenotípico de superfície das células T auxiliares chamado de grupo específico número 4 - denominado CD4 (*cluster of differentiation*) (Lazarotto; Deresz; Sprinz, 2010).

injeção) e pela gestação/parto no caso de crianças e através do aleitamento materno. Os agentes etiológicos são o HIV-1 e o HIV-2, retrovírus pertencentes a família *Lentiviridae* e ao grupo citopáticos e não oncogênicos. Em relação a sua multiplicação, precisam da enzima (transcriptase reversa) que é “[...] responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), e tornam-se capazes de se integrar ao genoma do hospedeiro” (Brasil, 2021, p. 379).

Posteriormente ao seu aparecimento, essa infecção adquiriu contornos de uma pandemia, provocando impactos em nível psicossocial e econômico as pessoas e as sociedades. Ela trouxe, além de altos custos na busca pelo combate, controle e prevenção, o estigma social para diversos grupos marginalizados que perduram por décadas após o seu aparecimento e impacta negativamente o acesso e permanência nas políticas públicas de prevenção e tratamento ao HIV/Aids na atualidade (Jesus, 2006).

Entretanto, nesse momento, a identificação dessa nova infecção, não trouxe grande preocupação aos especialistas. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não a considerou inicialmente uma questão crítica de saúde pública, estabelecendo-a como de baixa prioridade (Moreira; Santos; Sousa, 2020). Nesse contexto, segundo esses autores, imperava em diferentes nações uma visão que a infecção estaria circunscrita a grupos de pessoas já socialmente estigmatizadas e situadas às margens da sociedade, como os homossexuais e usuários de drogas.

Nesse período, início da década de 1980, o HIV/Aids foi identificado a princípio como uma doença que acometia apenas determinados grupos de pessoas com práticas sexuais não heterossexuais, de modo mais específico, os homens que se relacionavam com homens (HSH), homossexuais masculinos e bissexuais (Maliska *et al.*, 2009). Nesse período, o CDC indicou o nome desse novo agravo a saúde (aids), que quase recebeu o nome de *Gay Related Immuno Deficiency*¹⁷ (GRID), por essa relação inicialmente feita pela comunidade médica diante da predominância dos primeiros casos em homens jovens não heterossexuais (Medeiros, 2007). Ao decorrer da epidemia, o vírus foi sendo associado a outros grupos também marginalizados socialmente, dentre eles, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e pessoas com hemofilia, o que trouxe uma confirmação em relação as descobertas norte americanas da transmissão através do sangue e agulhas contaminadas (Maliska *et al.*, 2009).

O vírus emergiu em uma conjuntura em que as autoridades sanitárias mundiais

¹⁷ Imunodeficiência relacionada a homossexuais (tradução nossa).

presumiam que as doenças infecciosas estavam sob controle por meio da tecnologia e do saber médico moderno (Marques, 2002; Villarinho *et al.*, 2013). Dessa forma, esse período inicial da epidemia do HIV/Aids fez com que os países precisassem coordenar respostas voltadas aos desencadeamentos produzidos em razão dessa nova doença, entretanto, o saber médico até então, em razão do surgimento desse novo vírus, não possuía soluções terapêuticas eficazes (Barros, 2018).

Desse modo, as articulações internacionais eram diversas, assim como as respostas dos países que foram múltiplas, em razão de diferentes fatores como o instante em que o país identificou os casos iniciais, como a doença era percebida dentro do seu território, qual perfil epidemiológico, como estava o contexto e a organização política e econômica do país, além da própria compreensão em relação a doença e o conhecimento médico produzido sobre ela (Barros, 2018).

Segundo Barros (2018) não foram muitos os países que programaram estratégias de combate ao HIV/Aids antes do aparecimento dos casos iniciais, dentre esses, estavam Cuba ao instituir estratégias de controle da epidemia em 1983 e o primeiro caso ocorrer somente em 1985 e Bangladesh que construiu um Comitê Nacional de Aids em 1985 e começou a registrar casos em 1989. Essa realidade, ainda de acordo com esse autor, não foi a regra em relação a atuação dos países na resposta a epidemia, ao contrário, a maior parte deles iniciaram a construção de estratégias de controle após a identificação de casos da doença em seus territórios. Essas organizações das ações foram produzidas com grande atuação por parte de movimentos sociais e organizações/associações de combate ao HIV/Aids nos anos de 1980 por alguns desses países, dentre eles a Suíça, França e Brasil, em outros, essa ligação ocorreu posteriormente, na década de 1990, com estímulo do governo como em Bangladesh e na Tailândia.

Diante desse cenário inicial e buscando-se conduzir estratégias públicas de combate ao vírus, os países se orientaram a partir de meios diversos. Países como Cuba, Tailândia e Suíça visaram ações de controle como a testagem em massa da população, buscando a identificação dos casos e a separação por meio do isolamento das pessoas identificadas com o vírus. O Brasil e outros países, cuja identificação de casos em seus territórios ocorreram mais tardiamente em relação aos outros, como China, Paquistão e Camarões, utilizaram de estratégias que associavam ações de promoção da saúde e prevenção com a utilização de medicamentos (Barros, 2018).

No ano de 1981 foi identificado um conjunto de pessoas formado por adultos do sexo masculino, homossexuais e que residiam na cidade de São Francisco nos EUA

com os mesmos sintomas clínicos, com a presença de sarcoma de Kaposi, pneumonia causada por *Pneumocystis carinii*, além do comprometimento do sistema imune, características posteriormente associadas a doença, sendo reconhecida nesse ano como Aids (Pinto *et al.*, 2007). Nesse mesmo sentido, Simões e Facchini (2009) indicaram casos surgidos em 1981 em Nova York de um grupo de oito homens homossexuais diagnosticados com um câncer de pele (sarcoma de Kaposi), que acreditava-se atingir apenas pessoas idosas, e indicaram outros casos de cinco homens homossexuais, ocorridos no mesmo período na costa oeste nas cidades de São Francisco e Los Angeles que tiveram uma condição rara de pneumonia.

A eclosão desses casos, acenderam um alerta das autoridades sanitárias, indicando o aparecimento de uma nova doença que comprometia drasticamente o sistema imunológico e deixava o corpo propício a outras doenças oportunistas. Diante dos casos sucessivos de mortes de homens homossexuais com essas características, principalmente na costa oeste dos Estados Unidos, a associação entre homossexualidade e doença voltou ao imaginário social, difundida pela comunidade médica (Simões; Facchini, 2009).

Diante dessa constatação inicial, o termo peste gay, ou mesmo a homossexualidade, foram utilizados pela mídia e sociedade como sinônimos dessa nova enfermidade (Aids), como um castigo aos homens não heterossexuais pelas “relações sexuais promíscuas”, perdurando esse estigma mesmo após a constatação de que o vírus poderia afetar todas as pessoas, por meio do sangue, esperma e outros fluidos corporais, independentemente da sexualidade (Simões; Facchini, 2009; Cezar; Draganov, 2014; Medeiros, 2007).

Nesse sentido, Butler (2003) aponta que não houve somente essa denominação de peste gay a epidemia, mas trouxe conjuntamente com ela uma reação histórica e homofóbica da mídia, produzindo uma relação entre a violação das fronteiras com a heterossexualidade (experiências não heterossexuais) e a infecção como uma modalidade específica da homossexualidade. Desse modo, em razão dos meios de transmissão através de fluidos corporais, sugeriu-se “[...] nos gráficos sensacionalistas dos sistemas significantes homofóbicos, os perigos que as fronteiras corporais permeáveis representam para a ordem social como tal” (Butler, 2003, p. 189).

Essas concepções e construções errôneas continuam no imaginário social na contemporaneidade. Em relação, aos primeiros casos identificados, eles ocorreram nos EUA e no continente africano, ao qual adquiriram importância no decorrer dos anos de

1980 (Forattini, 1993). Esse autor esclarece que uma hipótese em relação a origem do vírus do HIV se refere a passagem de um vírus precursor de primatas para o ser humano, entretanto, o mecanismo que possibilitou essa ocorrência até este momento carece de uma explicação plausível.

Em publicação sobre os 25 anos da pandemia do HIV/Aids, Pinto *et al.* (2007) tratam sobre a origem do HIV, seguindo o mesmo caminho anteriormente sinalizado por Forattini (1993), indicando seu aparecimento a partir de uma mutação ocorrida dos vírus de macacos, contando-se com a presença de relatos primordiais de seu aparecimento na África Central. Essas autoras esclarecem que a passagem do vírus dos primatas para os seres humanos aparenta possuir relação com a manipulação de carnes infectadas pelo vírus na África, e a partir da contaminação através desse contato, a doença foi disseminada das comunidades localizadas na região central para as outras partes do mundo através da globalização.

As pesquisadoras Pinto *et al.* (2007), ainda se tratando sobre a origem do vírus em seres humanos, indicam que parte da literatura científica, dentre eles o próprio Forattini (1993) e Veronesi (1991), consideram plausível a hipótese da passagem do vírus do HIV dos macacos, indicando-se sobretudo o macaco verde, para seres humanos por meio do contato entre esses animais e os nativos africanos. Essa transmissão teria ocorrido por meio de aranhões, mordidas, consumo da carne de macaco malcozida, incluindo nessa ingestão tecidos e fluidos, como sangue e secreções, com a presença do vírus ocasionador da doença.

Entende-se, seguindo esse pensamento, que a infecção pelo HIV/Aids possui sua origem a partir de retrovírus não patogênicos de primatas, nesse caso, de macacos-verdes do continente africano. Assim, o retrovírus conhecido como *simian T-lymphotropic virus type III (STLV III)* pode ter sido disseminado para o ser humana através de, por exemplo, mordidas ou alimento malcozido, especialmente o cérebro, desse animal. O lugar provável de origem dessa epidemia é o continente africano, sobretudo os países Zaire, Zâmbia, Ruanda, Uganda e Tanzânia, e depois disseminado para outros países, como Estados Unidos, Haiti e para o continente europeu. Entre os anos de 1960 e meados de 1970, houve um processo migratório de diversas pessoas do Haiti que residiam em Zaire para os Estados Unidos, países europeus e de volta ao Haiti, considerando esse fluxo e o período em que ele ocorreu, presume-se que a presença dessa infecção em humanos já ocorria há anos e até décadas antes da sua primeira notificação (Cezar; Draganov, 2014).

A epidemia do HIV/Aids foi um marco na história da saúde global. Ela fez eclodir o medo por outras epidemias já ocorridas anteriormente como a peste e a sífilis, com “fundamento na prevenção”, houve grande repressão às populações mais estigmatizadas: homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e estrangeiros. Essas ações refletiram em diferentes violações de direitos humanos. Na china as campanhas de prevenção foram articuladas com fundamento na ideia de que o “estrangeiro” trazia o risco da contaminação pelo vírus, estrangeiros seriam os nacionais de outros Estados e os chineses que não eram da etnia Han (Ventura, 2016).

No Ocidente, o mito criado foi em torno dos cidadãos do Haiti que seriam a origem e os responsáveis pela expansão da epidemia nos EUA. Os EUA proibiram, no ano de 1993, a entrada de imigrantes que viviam com HIV/Aids no país, medida apoiada por 71,00% de sua população. É importante considerar que “esse mito acusador constitui um processo de “responsabilização étnica” pelo qual se “acusa as vítimas”, que só pode ser compreendido tendo em conta as relações de dominação política, social e econômica entre o Haiti e os Estados Unidos” (Ventura, 2016, p. 64).

No Brasil, o vírus do HIV foi introduzido no território nacional por volta da década de 1970, entretanto, os casos oficiais só foram contabilizados na década de 1980. Em 1982 a infecção adquiriu um contorno de epidemia. Nesse momento, a sociedade “[...] estigmatizou todas as pessoas com HIV e pacientes de aids, por acreditar que essas pessoas foram castigadas por Deus e deveriam morrer, particularmente os homossexuais masculinos” (Medeiros, 2007). Nesse sentido, moral e religioso, se antes infecções como a gonorreia eram vistas como uma vergonha em razão da sua transmissão ser associada com um excesso de práticas sexuais, o HIV, assumiu contornos semelhantes, porém, relacionado inicialmente a uma população específica, os homens não heterossexuais, perdurando o estigma produzido por essa vinculação sobre esse grupo até os dias atuais (Foucault, 1985).

Diante dessa associação, homossexualidade e aids, provou-se uma nova corrente de luta contra essas vivências não heterossexuais, já que a infecção era “[...] uma punição divina pela conduta sexual considerada antinatural [...]” (Peters, 2017, p. 170) permeando não somente os discursos de religiosos, mas se tornando um senso comum nos julgamentos sobre o mal. Essa construção de normalidade e anormalidade em relação as práticas sexuais, advém dessa tradição judaico-cristã, indicando aos desviantes dessas normas um castigo como resultante do pecado, assim, o preconceito

social relacionado ao HIV, possuem origens nessa concepção de pecado e punição diante de uma vivência ilícita da sexualidade (Ceccarelli, 2000).

Essas concepções estão marcadas por esse pensamento, envolvendo aspectos religiosos do cristianismo, concebendo-se essas vivências como desvio e doença. Em relação ao catolicismo, por exemplo, os crimes sexuais como a sodomia e a homossexualidade fizeram parte das perseguições da Inquisição. Os médicos se utilizaram dessa aversão moral religiosa em relação as pessoas não heterossexuais para desenvolver diversas teorias sobre essas práticas da sexualidade, como distúrbios psicológicos e criação moral imprópria, desse modo, a moral foi usada como arma, e não a medicina, para combater a “aberração da natureza” (Del Priore, 2006). Desse modo, esses sujeitos estariam violando as leis da natureza com a própria existência, combinando o impossível com o proibido (Foucault, 2001).

Nesse sentido, diante da heterossexualidade, mantida por meio das proibições, associou-se questões religiosas, a infecção e a homossexualidade. Essa proibição das experiências não heterossexuais “[...] impede o processo de luto e provoca uma identificação melancólica que efetivamente faz o desejo homossexual se voltar sobre si mesmo. Esse voltar-se sobre si é precisamente a ação da autocensura e do sentimento de culpa” (Butler, 2017, p. 151). Nesse sentido, além de reforçar sobre o próprio sujeito um sentimento negativo sobre suas vivências, reproduz uma afirmação de culpa sobre a infecção pelo HIV e a ideia de que não deveriam viver, como uma espécie de condenação pela prática de um ato contra a natureza (Foucault, 2020). Assim, quando se faz essa afirmação que:

[...] uma vida pode ser lesada, por exemplo, ou que pode ser perdida, destruída ou sistematicamente negligenciada até a morte é sublinhar não somente a finitude de uma vida (o fato de que a morte é certa), mas também sua precariedade (porque a vida requer que várias condições sociais e econômicas sejam atendidas para ser mantida como uma vida) (Butler, 2015, p. 28).

Nesse sentido, esses grupos são reconhecidos como pertencentes a um patamar inferior a humana, ou mesmo não humanas, o que não possibilitaria uma vida vivível ou construiria sobre esses sujeitos uma “vida não-vivível” (Butler, 2022). Desse modo, quando trata-se de uma vida humana “[...] indexamos um ser que é, ao mesmo tempo, humano e vivente, e o espectro do vivente excede o do humano” (Butler, 2022, p. 30). Em vista disso, “[...] há “sujeitos” que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos

e há “vidas” que dificilmente — ou, melhor dizendo, nunca — são reconhecidas como vidas” (Butler, 2015, p. 16).

Assim, é no campo de realidade perceptível que:

[...] a noção do humano reconhecível se forma e se reitera, em oposição àquilo que não pode ser nomeado ou encarado como humano, uma representação do não humano que determina negativamente e perturba potencialmente o que é reconhecidamente humano (Butler, 2015, p. 100).

Essa definição constrói o que Butler (2015, p. 63) denomina de vidas não passíveis de luto, ou seja, as vidas “[...] cuja perda não é lamentada porque ela nunca foi vivida, isto é, nunca contou de verdade como vida”. Nesse contexto, a morte de algumas pessoas passa a serem cabíveis de luto e outras não, em que “a distribuição desigual do luto decide quais tipos de sujeitos são e devem ser enlutados, e quais tipos não devem; opera para produzir e manter certas concepções excludentes de quem é normativamente humano” (Butler, 2019, p. 13).

É nessas relações no interior de grupos determinados e distintos que se configura o “cuidado de si” (Foucault, 1985; Foucault, 2006), é por meio dessa separação ou pertencimento que esse cuidado se revela e se proclama. Desse modo, “não se pode cuidar de si [...] na ordem e na forma universal. Não é como ser humano enquanto tal, não é simplesmente enquanto pertencente à comunidade humano [...] que o cuidado de si pode manifestar-se e, principalmente, ser praticado”, ele só pode ser exercido no interior e na distinção do grupo (Foucault, 2006, p. 145). Desse modo, o cuidado de si atua como um princípio regulador da relação dos sujeitos com o mundo e com os outros.

Desse modo, além do estigma social e da discriminação, esse momento também foi caracterizado por um descaso das autoridades governamentais em relação à epidemia (Ministério da Saúde, 1998; Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000; Maia; Reis Junior, 2019). No ano de 1982 também ocorreram os primeiros diagnósticos oficiais de Aids no Brasil em São Paulo de dois homens que, assim como os casos identificados em 1981 nos Estados Unidos, tinham sarcoma de Kaposi e haviam estado nesse país pouco tempo antes dessa identificação (Simões; Facchini, 2009). Estima-se que a entrada do vírus ocorreu no território brasileiro em meados dos anos de 1970 e, através de um estudo retrospectivo, demonstrou-se um caso em 1980 de Aids, ano esse sinalizado como o marco inicial da epidemia no país (Marques, 2002).

A infecção no Brasil, demonstrou no decorrer do seu desenvolvimento as contradições sociais, econômicas e culturais presente no país (VILLARINHO *et al.*, 2013). Nesse período inicial, o perfil epidemiológico dos atingidos por essa infecção era marcado por pessoas de classe social alta. Assim, acreditava-se que a Aids estava restrita somente as pessoas ricas e que possuíam possibilidade financeira de viajar para países do exterior, assim como os primeiros casos confirmados de Aids no País (Costa *et al.*, 2023).

Entre o diagnóstico do primeiro caso de HIV/Aids no Brasil até metade dos anos de 1980, as ocorrências se mantiveram restritas as regiões metropolitanas localizadas no Sudeste e Sul (Brasil, 2009). Os primeiros casos detectados, marcando o começo da epidemia, foram localizados em grandes metrópoles, ocorrendo posteriormente uma disseminação heterogênea para outras regiões do país no final da década de 1980. Essa expansão ocorreu, e ainda hoje possui essa característica, desigual entre as regiões e grupos sociais (Jesus, 2006). A Aids possui como característica o comprometimento do sistema imunológico, propiciando a manifestação de doenças oportunistas ocasionadas por vírus, bactérias, protozoários e fungos (Costa *et al.*, 2023).

Em relação aos casos, havia uma alta tanto do crescimento de diagnósticos quanto da taxa de mortalidade e, nesse momento, a assistência dirigida ao HIV/Aids era incipiente, optando-se em priorizar esforços direcionados ao melhoramento da qualidade e do controle do sangue e derivados. Essa opção trouxe resultados que impactaram na diminuição expressiva de casos de HIV/Aids em pessoas com hemofilia e que passavam por transfusão sanguínea (transfundidos) (Brasil, 2009).

Nesse início, definiram o que seria um grupo de risco ao HIV/Aids composto por homens homossexuais, HSH, pessoas com hemofilia, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, e posteriormente, se observou a ocorrência de casos também entre os homens heterossexuais, mulheres e crianças. Desse modo, notou-se que a concepção de um certo grupo de risco produziu um grave problema, pois poderia sugerir que os que não estão contemplados nesse grupo, estariam livres de contrair essa infecção (Santos, 2013).

Essa noção de grupo de risco se expandiu largamente, principalmente por meio das mídias no período de 1981 a 1984, tornando esse grupo alvo das políticas de saúde da época, mostrando-se equivocadas e ineficazes, na perspectiva da epidemiologia e instigador de preconceitos e desigualdades. Aparecem nesse momento os grupos denominados na época de quatro Hs composto por homossexuais, hemofílicos,

haitianos e os usuários de drogas injetáveis. Entre os anos de 1985 e 1988, a epidemia já não estava restrita a regiões, sexo ou orientação sexual, com o conhecimento em relação as formas de transmissão e o seu agente etiológico já isolado, iniciando-se as críticas em relação ao uso do termo grupo de risco. Essas críticas eram realizadas pela dinâmica da epidemia que não comportava o seu uso e pela estigmatização e exclusão sofrida pelos grupos mais atingidos (Ayres *et al.*, 2009).

Posteriormente, em substituição ao termo grupo de risco surge o comportamento de risco. Que apresentou avanços em relação ao anterior, já que buscou remover o estigma dessa população marginalizada, trazendo a universalização para o problema e colocando o indivíduo como participante ativo na prevenção. Entretanto, ela também trouxe algumas limitações, como a culpabilização do indivíduo, iniciando ainda nesse período (1985-1988) as críticas a esse termo por parte dos movimentos sociais organizados. Após os anos de 1989 surge um novo conceito, o de vulnerabilidade, que incluiu três eixos interrelacionados: componente individual, como por exemplo, o grau e a qualidade das informações em relação ao HIV/Aids, componente social, dentre eles, a obtenção da informação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais e, o componente programático, esforços programáticos em relação a disponibilidade e universalidade dos recursos sociais de prevenção ao HIV/Aids (Ayres *et al.*, 2009).

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como:

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como [...] resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres *et al.*, 2009, p. 127).

Essa construção do grupo de risco anterior ao conceito de vulnerabilidade colaborou para o estado atual da epidemia, visto que os não pertencentes aos grupos marginalizados alocados no grupo de risco não receberam orientações em relação aos meios e estratégias de prevenção a infecção e foram desconsiderados nas políticas públicas de saúde, como por exemplo, os clientes heterossexuais dos profissionais do sexo (Santos, 2013). De acordo com essa autora, são consequências desse momento o preconceito e estigma relacionados a determinados grupos minoritários, como os homens homossexuais, além da percepção de certos grupos que não estão em risco a infecção, a exemplo das pessoas idosas. Esse pode ser um dos motivos para o baixo acesso das pessoas com mais de 60 anos de idade nas políticas de prevenção ao HIV,

como se evidenciou nessa pesquisa com apenas um usuário nessa faixa etária, V25 com 69 anos.

Ao considerar os anos finais da década de 1980 e os iniciais dos anos de 1990, o perfil da epidemia se modificou. Nesse espaço de tempo, houve um crescimento dos casos entre pessoas heterossexuais (processo de heterossexualização), associado com uma participação significativa das mulheres nessa dinâmica da epidemia do HIV/Aids. Nos anos seguintes, se observou conjuntamente dois processos, o de interiorização e o de pauperização. Desse modo, se inicialmente a pandemia se restringia aos grandes centros urbanos das regiões sudeste e sul e nos estratos sociais com maiores taxas de escolaridade, passou nesses últimos anos, a manifestar tendência de aumento significativo nas cidades de médio e pequeno porte localizadas no interior dos Estados e nos grupos sociais com menores índices de escolaridade¹⁸ (Brasil, 2009).

Diante desse contexto, o Brasil adotou inicialmente uma resposta a epidemia que buscava enfatizar ações de promoção da saúde e prevenção, incluindo a educação em saúde e o fomento na utilização de preservativos. Posteriormente, em São Paulo, no ano de 1989, atuou com a combinação da distribuição de medicamento antirretroviral, zidovudina (AZT), e posteriormente, em 1991, com o fornecimento pelo Ministério da Saúde (Barros, 2018). O combate ao HIV/Aids surgiu no Brasil em um momento marcado pela redemocratização e as discussões realizada no campo da saúde, principalmente em razão dos movimentos que buscavam uma reforma sanitária no país (Villarinho *et al.*, 2013).

O Estado de São Paulo, local do primeiro diagnóstico, foi o pioneiro em relação as primeiras mobilizações dos grupos sociais, assim como, das interações e articulações oficiais voltadas a luta contra a epidemia (Villarinho *et al.*, 2013). Marques (2002) indica algumas explicações que levaram esse Estado a ser o antecessor da história política do HIV/Aids no Brasil, como:

o aparecimento dos primeiros casos nesse estado e o significativo crescimento do número de casos; a Secretaria da Saúde, como outros cargos estratégicos no âmbito da saúde pública sendo confiados a profissionais identificados com os princípios da reforma sanitária a partir de 1982; e as pressões sociais exercidas pelos grupos, nesse momento classificados como os mais vulneráveis à contaminação, tornando-se mais definidas e articuladas (Marques, 2002, p. 52).

¹⁸ Essas mudanças no perfil epidemiológico no decorrer da epidemia foram trabalhadas no subtópico 3.2 “perfil epidemiológico no Brasil ao longo da história da epidemia do HIV/Aids: pesquisas, localidades e diversidades”.

Nesse contexto, houve grande participação de pessoas ligadas ao movimento homossexual nos primeiros contornos das respostas a epidemia em São Paulo, em conjunto com médicos e intelectuais, como na criação do Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) no ano de 1985, tornando-se a Organização Não Governamental (ONG) pioneira no país e na América Latina relacionada ao tema do HIV/Aids. A resposta governamental ocorreu com o programa estadual de São Paulo da Secretaria de Saúde, em 1984, se configurando como o primeiro do país, tornando-se referência para todo o território nacional (Simões; Facchini, 2009; Cezar; Draganov, 2014). Mais adiante, outros Estados também criaram os seus programas estaduais de combate ao HIV/Aids (Villarinho *et al.*, 2013).

Os ativistas dessas organizações também tiveram fundamental participação na construção da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), assim como do Grupo Pela (VIDAA) - Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids, composto em grande maioria por pessoas vivendo com HIV/Aids. Posteriormente, diversos outros Estados começaram a desenvolver programas semelhantes e contaram com a participação da sociedade civil organizada (Simões; Facchini, 2009).

O início das ações públicas em relação ao HIV surgiu no Estado de São Paulo, advindo do momento que vinha do movimento da reforma sanitária. Dentre as críticas realizadas por esse movimento estavam a baixa abrangência das ações assistenciais que se encontravam vinculadas ao sistema previdenciário, direcionadas exclusivamente para pessoas com vínculo empregatício formal e a existência de diferentes sistemas de saúde (federal, estadual e municipal). Entretanto, baseados em uma visão tecnocrata típica da estrutura weberiana, alguns sanitaristas não concordaram e se mostraram contrários a formação do Programa de Aids em 1983 (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015).

A Congregação da Faculdade de Saúde Pública encaminhou, nesse mesmo ano (1983), um ofício direcionado ao secretário da Saúde João Yunes, alegando que temas como a desnutrição e doenças infecciosas deveriam ser a prioridade, e não as ações voltadas à Aids, que não deveria ser entendida como uma prioridade de saúde pública. O movimento grevista de 1979, e mais contundentemente após 1983, modificou essa visão de um planejamento tecnocrático, passando a ser contestado, cedendo espaço para uma modalidade organizacional que era formada por ações integradas de saúde pelo Ministério da Saúde que congregava ações preventivas e curativas, dando início a universalização do atendimento o que seria um dos contornos do que passaria a ser o SUS (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015).

Nesse sentido, essa visão ideológica estava presente nos funcionários da Secretaria de Estado da Saúde da época e, quando demandados pelos representantes da população homossexual, atenderam esses questionamentos. Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015, p. 28) esse acontecimento decorreu da “[...] ideia de que cabe ao Estado se responsabilizar e assegurar uma política de solidariedade e equidade, reconhecendo em cada paciente a sua condição de cidadão”.

Entretanto, cabe salientar, que desde o início dos primeiros casos, principalmente com a associação entre a homossexualidade e a infecção, os movimentos organizados da sociedade civil pleiteavam os direitos dessa população, buscando respostas das autoridades governamentais como no caso de São Paulo, resultando na criação de um grupo de estudos com a participação de médicos no Hospital Emílio Ribas. Posteriormente, na criação do primeiro programa estadual de combate a Aids, estratégia seguida por outros Estados, e em 1985, foi criado pelo então Ministro da Saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant’anna o Programa Federal de Controle da Aids por meio da Portaria nº 236 de 2 de maio e em 1986 o Programa Nacional de DST e Aids, pelo comando do ministro da saúde Roberto Santos (Cezar; Draganov, 2014).

Esse programa surgiu como resposta a pressão social, imprensa, ONGs e diante da cobrança presente nos hospitais particulares para atender os casos de HIV/Aids e do avanço da epidemia e do conhecimento científico produzido acerca da infecção, que demonstraram a necessidade de medidas a serem propostas pelo Estado diante da Aids. Esse programa, posteriormente, virou referência mundial em relação ao tratamento dessa e outras infecções sexualmente transmissíveis (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015).

O Programa Nacional de DST e Aids foi criado com a incumbência de “[...] reduzir a incidência da infecção pelo HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que conviviam com a aids” (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015, p. 491). Esses autores mencionam que foi visando atingir esses compromissos, que foram definidas diversas diretrizes que buscaram aperfeiçoar os serviços públicos direcionados as pessoas vivendo com HIV/Aids e outras ISTs, como as diretrizes:

[...] de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV, de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade, de redução do estigma e da discriminação, melhoria da gestão e da sustentabilidade das ações de enfrentamento (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015, p. 491).

Em conjunto com essas ações governamentais, surgiram as medidas realizadas

pela sociedade civil em resposta a epidemia, como as casas de apoio as pessoas que vivem com HIV/Aids e ONGs, que a princípio, atuavam independentemente, mas tiveram relações de cooperação junto aos governos. Dentre as diversas medidas produzidas pelas ONGs no país e no mundo em relação a epidemia, estão o “[...] trabalho de assistência, produção de serviços sociais, de educação e saúde, acompanhamento das ações governamentais, diminuir o preconceitos e análise da epidemia” (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015, p. 491).

A epidemia do HIV/Aids, trata-se de uma observação em um nível macro dos resultados produzidos por um conjunto de diversas epidemias que acontecem paralelamente, atingindo de modo desigual diferentes populações sociais, inclusive em relação a velocidade e disseminação do vírus, distinção provocada através de diversos fatores (Mann; Tarantola, 1996; Parker; Camargo Jr., 2000). Essa é uma visão global da epidemia realizada por esses autores, entretanto, Parker e Camargo Jr. (2000), compreendem que essa mesma perspectiva também se aplica ao contexto brasileiro em razão das dimensões territoriais do país, das desigualdades sociais, econômicas e demográficas.

Nesse sentido, essas diversas características populacionais do Brasil fazem com que a epidemia do HIV/Aids ocorra de modo distinto entre os diferentes grupos populacionais, produzindo diversas vulnerabilidades à infecção pelo HIV e à Aids. Esse problema de saúde teve a sua evolução no país marcada por essas desigualdades sociais, econômicas e culturais (Marques, 2002). Por sua vez, o Ministério da Saúde trata dessa epidemia no país como um “somatório de subepidemias microrregionais” que se distinguem em razão das diferenças da “[...] composições das populações regionais, aos padrões de mobilidade da população e à diversidade de arranjos e padrões de comportamento sexual” (Brasil, 2009, p. 09).

É nessa concepção que Maliska *et al.* (2009) indicam algumas tendências no Brasil em relação a epidemia do HIV/Aids. Dentre elas estão a visão de que essa epidemia no país se caracteriza como um conjunto de epidemias microrregionais que possuem entre elas diferenças relevantes para o processo de combate e prevenção, como por exemplo, as diferenças no que tange as taxas de crescimento; o crescimento progressivo da ocorrência de novos casos de diagnósticos de HIV/Aids em mulheres mediante transmissão heterossexual; redução dos índices relacionados a mortalidade de pessoas em decorrência da Aids a partir de 1996 com a inserção dos antirretrovirais.

Além de uma evolução gradual do processo de pauperização, caracterizado pelo

avanço da epidemia das regiões mais ricas, notadamente os centros urbanos, para áreas menores e mais pobres, mais distantes desses grandes centros urbanos localizadas nos interiores dos Estados (processo de interiorização); e o aumento proporcional em relação as pessoas diagnosticadas com menores níveis de escolaridade e com a introdução no mercado de trabalho de modo precário (Maliska *et al.*, 2009).

Desse modo, as desigualdades presentes na população brasileira e o avanço da infecção no território, demonstra as múltiplas dimensões dessa epidemia que, como sinalizado por Maliska *et al.* (2009), vem desde o seu surgimento modificando significativamente o seu perfil epidemiológico. Se em princípio, a epidemia era limitada a metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro, notadamente masculina e acometendo predominantemente homens não heterossexuais e pessoas com hemofilia, atualmente, apresenta os processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização que modificaram esse perfil epidemiológico inicial da epidemia (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000).

Além desses processos já elencados anteriormente, outros dados importantes que alteram esse perfil fazem referência a faixa etária. O HIV/Aids atinge pessoas pertencentes a todas as idades (Araújo *et al.*, 2007), porém constata-se um crescimento dos diagnósticos entre adolescentes e jovens (Brasil, 2021) e a sua presença “[...] cada vez mais frequente entre a população idosa brasileira” (Paludo; Olesiak; Quintana, 2021, p. 03) representando uma nova característica dessa epidemia (Araújo *et al.*, 2007).

Essa constatação realiza-se através das notificações dos novos casos de infecção por esse vírus. O HIV e a Aids são infecções de notificação compulsória, desde 2014 pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 e 1986, respectivamente, estando ambas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, estabelecida pela Portaria nº 420, de 2 de março de 2022. Essa obrigatoriedade da notificação possibilitou que as informações em relação a epidemia fossem organizadas e, posteriormente, divulgadas para conhecimento público. A notificação compulsória também se aplica aos casos de infecção pelo HIV em gestante/parturiente/puérpera, assim como em crianças que estão expostas ao risco de transmissão vertical. Desse modo, sempre que ocorrer um diagnóstico de infecção pelo HIV ou Aids, é necessário que essa ocorrência seja comunicada/reportada às autoridades de saúde (Brasil, 2022).

Foram notificados, de 1980 a junho de 2024, 1.165.599 casos de Aids no Brasil através das bases de dados (Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Exames

Laboratoriais/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom). Constatou-se um aumento entre os casos de Aids a partir de 2021, após uma diminuição em 2020 em razão do *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), crescendo 2,5% entre de 2022 e 2023 (Brasil, 2024b).

Em relação as regiões do Brasil, referente aos casos de Aids registrados entre 1980 e junho de 2024, indicaram uma maior concentração no Sudeste com 49,2% e 19,6% no Sul, em seguida o Nordeste 17,2%, Norte 7,5% e Centro-Oeste com 6,5%. Em relação a média entre 2019 e 2023, o Nordeste ficou em segundo lugar com 8,6 mil casos por ano, atrás apenas do Sudeste com 13,2 mil. Os dados mostram uma queda de notificações desde 2013, com o menor valor em 2020, em razão da epidemia do COVID-19, voltado a patamares semelhantes, mas ainda menores, que o período anterior a epidemia. De 2013 a 2023, a região Sul com 33,0% e a Sudeste com 25,9% apresentaram os maiores índices de diminuição desses casos. Nesse período, 17 Estados tiveram queda das notificações, enquanto 10 apresentaram aumento com os maiores percentuais no Acre (90,8%), Alagoas (36,9%) e Roraima (29,0%). A Paraíba teve um aumento de 7,1% no número de casos. Entretanto, se considerar-se os anos de 2022 e 2023, houve aumento em 17 Estados (Brasil, 2024b).

Nesse intervalo, entre 2013 e 2023, ocorreu diminuição dos casos no sexo feminino em todas as faixas etárias e de 16,2% no sexo masculino. Foram notificados durante o ano de 2023, 35.246 casos de Aids, desses constatou-se uma relação de 24 homens a cada 10 mulheres diagnosticadas nesse ano, com 17,8 casos por 100 mil habitantes. Em relação aos óbitos, ocorreram 392.981 desde o início da epidemia, com causa básica a Aids (CID10¹⁹: B20 a B24²⁰), em 2023, foram registrados 10.338 óbitos, 3,9 óbitos a cada 100 mil habitantes, com predominância em pessoas negras com 63,0%. Entre os anos de 2013 e 2023 ocorreu uma diminuição de 32,9% em relação a taxa de óbitos por 100 mil habitantes, essa queda da mortalidade é reflexo do acesso ao tratamento realizado com antirretrovirais (Brasil, 2024b).

Considerando os casos de HIV no país, foram notificados 541.759 casos de 2007 até junho de 2024, desses 46.495 no ano de 2023, com maioria em pessoas negras (63,2%) e em homens que fazem sexo com homens (53,6%). As regiões com maiores notificações foram o Sudeste com 34,7%, seguido da região Nordeste com 26,9%, região Sul com 16,4%, região Norte com 12,8% e a região Centro-Oeste com 9,3%

¹⁹ Décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID10).

²⁰ Códigos da CID10 de doenças que resultam do HIV/Aids.

(Brasil, 2024b). Do total de casos já notificados no Brasil, 382.946 ocorreram em homens, equivalente a 70,7% do total e 158.626, cerca de 29,3%, em mulheres. Durante os anos, ocorreu um aumento da proporção entre homens e mulheres em relação as notificações de HIV, em 2007, de 14 homens a cada 10 mulheres, em 2023, essa proporção passou a ser de 27 homens para 10 mulheres (Brasil, 2024b).

Em relação a faixa etária, percebeu-se um dado significativo nessa população, entre os anos de 2011 e 2021, jovens de 15 a 24 anos apresentaram uma evolução do HIV para a Aids. Desse modo, presume-se a necessidade de uma atenção maior a essa população no que se refere às políticas públicas relacionadas a vinculação desses usuários aos serviços, como também a sua adesão ao tratamento com a terapia antirretroviral (TARV). A proporção entre homens e mulheres diagnosticados nessa população segue a tendência dos casos globais, apresentando um aumento dessa proporção, 36 homens a cada dez mulheres (Brasil, 2022). Essa mesma faixa etária (15 a 24 anos) também apresentou o maior número de notificações de HIV entre 2007 e junho de 2024, 125.753, cerca de 23,2%, desses casos, 25,2% ocorreram no sexo masculino e 19,9% no sexo feminino, indicando esse grupo como ponto crucial das políticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (Brasil, 2024b).

No que se refere a escolaridade dos casos notificados em 2023, 23,8% não informou a escolaridade (ignorada) e dos que informaram 37,1% possuíam ensino médio completo e 22,2% superior completo/incompleto. Esse último grupo apresentou uma desproporção em relação aos gêneros nas notificações, homens (26,6%) e mulheres (9,7%). Considerando a raça/cor autodeclarada, até 2015 a maior parte eram de pessoas brancas, a partir de 2016, mais da metade eram de pretos e pardos, em 2023 seguiu nessa mesma tendência de 2016, em que 63,2% são negros, 13,5% pretos e 49,7% pardos, e 30,7% brancos (Brasil, 2024).

No que tange ao sexo masculino, ocorreu um predomínio de casos na população de HSH com mais de 13 anos entre 2007 e junho de 2024, cerca de 52,8% dos casos. No sexo feminino a predominância foi na exposição heterossexual com 86,4%. Em relação aos HSH, em comparação dos dados de 2017 e 2023, a faixa etária de 13 a 19 anos não apresentou variação ficando em média com 70%, aumentando de 69,3,7% para 69,9% (20 a 29 anos) e de 49,5% para 51,1% (30 a 39 anos). Entretanto, quando são consideradas as notificações com 40 anos ou mais, a exposição é maior entre os homens heterossexuais (Brasil, 2024).

Observa-se essas mudanças do perfil epidemiológico da epidemia do HIV/Aids

no Brasil a partir do avanço e do desenvolvimento histórico produzido por meio dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde em relação aos casos notificados através do Boletim Epidemiológico lançado anualmente no mês de dezembro. Além disso, nota-se a vulnerabilidade de grupos populacionais marginalizados, ao observamos o desenvolvimento e a notificação desses casos de infecção ocorridos desde 1980 no Brasil.

Nesse sentido, compreender o panorama em relação ao HIV/Aids no Brasil é fundamental a percepção de que essa infecção pode atingir qualquer pessoa e não se encontra restrita a populações específicas como se cogitou nos anos de 1980. Permanecer com o entendimento, que o HIV/Aids está limitado a grupos populacionais é aumentar a própria vulnerabilidade da população geral a infecção. Isso pode ocorrer, quando uma pessoa, ao se considerar “imune” ao não pertencer a esses grupos, não buscar informações sobre ela, e mesmo conhecendo, por exemplo, os métodos de prevenção e transmissão, pode optar em não utilizar ao acreditar não ser possível contrair o vírus em uma relação heterossexual, em uma relação sexual com o companheiro em um relacionamento monogâmica, e em diversos casos, que por acreditar estar protegido, acaba se colocando em maior vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Desse modo, a compreensão do perfil da epidemiológico é um dado primordial, além da percepção dos diversos processos da epidemia (interiorização, feminização, pauperização, heterossexualização, juvenilização e envelhecimento), para identificar os grupos mais vulneráveis e produzir/elaborar políticas públicas direcionadas a garantia dos direitos humanos por meio do acesso a informação, prevenção e tratamento dessas populações. Atualmente, a epidemia continua marcada por preconceitos, discriminação e concepções errôneas sobre a própria infecção, vias de transmissão, prevenção e as pessoas que vivem com o vírus, impactando negativamente no acesso e permanência de diversas populações nos serviços de prevenção ao HIV. Por isso, é fundamental conhecer as mudanças históricas do perfil epidemiológico, para compreender as mudanças ocorridas, entendendo-se os processos e desmistificando preconceitos sobre esse tema. Nesse sentido que se estabeleceu o subtópico 3.2 “perfil epidemiológico no Brasil ao longo da história da epidemia do HIV/Aids: pesquisas, localidades e diversidades”.

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL AO LONGO DA HISTÓRIA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: PESQUISAS, LOCALIDADES E DIVERSIDADES

Diversas pesquisas buscaram compreender o perfil epidemiológico da epidemia do HIV/Aids desde o seu surgimento até os dias atuais (Bakos *et al.*, 1989; Dessunti; Soubhia, 1991; Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004; Gruner; Silva, 2005; Gabriel; Barbosa; Vianna, 2005; Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015; Oliveira *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2023; Aguiar *et al.*, 2022), visando compreender o desenvolvimento e avanço dos casos e os grupos mais vulneráveis a infecção, auxiliando no combate, prevenção e tratamento. Esses estudos possuem uma variedade de abordagens, como a geográfica, temporal ou populacional buscando “[...] caracterizar a mobilidade, a tendência e a vulnerabilidade, na observação dos fenômenos de transição do perfil epidemiológico” (Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004, p. 312).

Nessa perspectiva, essa epidemia passou desde o seu início até os dias atuais por transformações quanto a distribuição espacial, sexo, idade e escolaridade, deixando a visão de uma infecção restrita a determinados grupos sociais como no início dos anos de 1980 para o entendimento que ela pode alcançar toda a sociedade. Entretanto, determinados grupos populações continuam em maior vulnerabilidade ao HIV, além do estigma social que permanece presente na sociedade atual (Jesus, 2006).

Desse modo, visando compreender as mudanças desse perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil durante as décadas de epidemia e das variadas localidades do país, realizou-se nesse subtópico, um levantamento de trabalhos que buscaram analisar esses cenários. Nesse sentido, as pesquisas foram selecionadas considerando a cronologia da epidemia, desde os que buscaram analisar esse perfil nas primeiras décadas de surgimento da infecção até os que realizaram trabalhos atualmente, retratando fotografias dos diferentes momentos históricos dessas realidades por meio desses pesquisas.

Nessa seleção, foi considerado o contexto da diversidade regional desses trabalhos, pois entende-se que no Brasil existem múltiplas epidemias (Mann; Tarantola, 1996; Parker; Camargo Jr., 2000; Brasil, 2009; Maliska *et al.*, 2009), caracterizando-se como uma “pandemia multifacetada”, com diversas subepidemias, por isso não é possível falar em “[...] um perfil epidemiológico único em todo o território brasileiro, mas um mosaico de subepidemias regionais que são motivadas pelas desigualdades socioeconômicas” (Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004, p. 312). Desse modo, cada região

apresenta uma realidade distinta, inclusive, relacionada ao perfil epidemiológico, o que justifica, por exemplo, a realização de diferentes pesquisas nesse mesmo intuito e período temporal em regiões diferentes. Nessa concepção, os Estados também apresentam essa pluralidade de realidades existente no país, com uma multiplicidade de epidemias nas macrorregiões dos Estados (Pereira, 2016).

Nesse ponto de vista, abordando o perfil epidemiológico durante a primeira década de epidemia, Bakos *et al.* (1989) realizaram a pesquisa intitulada “Análise interpretativa do perfil epidemiológico do paciente infectado pelo vírus HIV”, apresentada em formato de resumo no I Salão de Iniciação Científica ocorrido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em Porto Alegre/Rio Grande do Sul. O trabalho buscou traçar o perfil epidemiológico de pessoas HIV positivo internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário.

Dentre os participantes do estudo de Bakos *et al.* (1989), 89,4% eram do sexo masculino, 76,0% brancos, 74,5% solteiros, 80,4% eram homens homossexuais ou bissexuais, 80,0% não tinha parceiro fixo e 90,0% tinham histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Outro dado importante indicado por esses autores, trata sobre o meio pelo qual os voluntários receberam informações sobre o HIV, constatando que a maior parte recebeu informações entre os anos de 1985 e 1989 essencialmente por meios de comunicação. Esse dado revela a importância dessas ferramentas para a difusão desses conhecimentos na primeira década da epidemia, refletindo a realidade atual, da quinta década, diante da internet e das redes sociais, continuam como espaços importantes de disseminação de noções sobre esse vírus, os métodos de transmissão, prevenção e tratamento.

Durante essa mesma década, outro trabalho, abordando uma região distinta do anterior, publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 1991 trouxe os resultados do estudo desenvolvido por Dessunti e Soubhia (1991) que objetivou elaborar o perfil epidemiológico da epidemia da Aids tanto da região de Londrina quanto do Estado do Paraná. Os dados utilizados foram de 1984 a abril de 1991 reunidos da 17ª Regional de Saúde localizada em Londrina-Paraná que abarcava 17 municípios localizados no norte desse Estado. As autoras constataram que nesse período foram diagnosticados 311 casos, ocorrendo um aumento significativo nesse momento inicial da pandemia, saindo de um caso no ano de 1984 para 111 casos em 1990.

Essas pesquisadoras, apontaram que desse total de casos verificados durante o

período, a maior parte ocorreu no sexo masculino com 86,6%, entretanto, em relação a proporção entre homens-mulheres ocorreu uma diminuição de 14/0 em 1986 para 5/1 em 1990. A faixa etária de 20 a 39 anos apresentou o maior número de diagnósticos 71,1%, a transmissão ocorreu por via sexual 64,0%, sanguínea 21,2% e perinatal 3,2%, 57,5% eram homens homossexuais ou bissexuais (Dessunti; Soubhia, 1991). As pesquisadoras sinalizaram que essa tendência de aumento do número de notificações refletia o que estava ocorrendo em escala mundial desde a primeira publicação tratando sobre essa patologia, HIV/Aids, no ano de 1981. Em relação ao Brasil, elas mencionam que em 1987 o país contava com 2.102 diagnósticos ocupando o quarto lugar no número de casos no mundo e em 1991 esse número saltou para 14.549 notificações, elevando o Brasil ao terceiro lugar entre os países.

A primeira pesquisa indicou um perfil das pessoas diagnosticadas, formado por homens, brancos, solteiros, não heterossexuais, sem parceiros fixos e com histórico de IST (Bakos *et al*, 1989). O segundo estudo sinalizou nesse mesmo sentido, o maior número de casos em homens não heterossexuais, porém, indicaram a faixa etária dessa população com idades de 20 a 39 anos, assim como os meios de transmissão predominantes nessa primeira década (via sexual e sanguínea), e demonstraram o processo de feminilização da epidemia durante esses primeiros anos através da proporção entre homens e mulheres diagnosticados (14/0 - 1986 para 5/1 - 1990) (Dessunti; Soubhia, 1991).

O trabalho de Rodrigues-Júnior e Castilho (2004) denominado de “A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal”, abordou a segunda década da epidemia. Teve como objetivo retratar o perfil epidemiológico dessa epidemia entre os anos de 1991 e 2000 utilizando como base as notificações divulgadas pelo Ministério da Saúde. Os autores indicaram uma mudança no perfil epidemiológico até então presente, entre os anos de 1980 e 1989, como os encontrados nos estudos de Bakos *et al.*, (1989) e Dessunti e Soubhia (1991).

Nesse período, década de 1980, os novos casos diagnosticados estavam concentrados em maior parte no sexo masculino, homossexuais e bissexuais, alto nível socioeconômico, residentes em regiões metropolitanas e pessoas com hemofilia. A partir de 1990, houve uma alteração desse perfil epidemiológico, através dos processos de heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia. Nesse sentido, essa modificação do perfil foi evidenciando-se com esses processos durante o passar dos anos, por exemplo, em relação ao gênero, se em 1991 a proporção era de 25

homens diagnosticados para uma mulher, passou nos anos 2000 para dois homens para uma mulher. Além de outros fatores, como a ampliação de notificações de pessoas com baixo nível de escolaridade e de usuários de drogas injetáveis (Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004)

Ademais, o artigo ainda indicou uma diversidade de perfis epidemiológicos durante o período, década de 1990, quando os Estados brasileiros são analisados em relação a categoria de transmissão do vírus. Uma dessas diferenças estava relacionada a prevalência de homens homossexuais e bissexuais, que apresentavam maiores proporções em alguns Estados, todos localizados na região nordeste: Pernambuco e Ceará ambos com 39%, Pará com 36%, Maranhão com 35% e a Paraíba com 33%. Essa era uma das características presentes no perfil epidemiológico do início da epidemia nos anos de 1980 (Bakos *et al.*, 1989; Dessunti; Soubhia, 1991), o que pode ser reflexo do processo de interiorização do vírus no Brasil (Rodrigues-Júnior; Castilho, 2004).

Já em relação a transmissão heterossexual, nesse intervalo temporal, ocorreu um crescimento do número de casos de Aids em mulheres, ultrapassando o de homens em 1992. Esse dado é analisado por Rodrigues-Júnior e Castilho (2004) como uma consequência da maior vulnerabilidade das mulheres quando se trata da menor capacidade em relação aos homens de negociar o sexo seguro (uso de preservativo) e em relação as oportunidades de acessar serviços de saúde reprodutiva.

Considerando a escolaridade das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, os professores Rodrigues-Júnior e Castilho (2004) revelaram um crescimento da parcela dos estratos com baixa escolaridade e menos anos de estudo formal entre o período estudado (1992-2000). A pesquisa desses autores, mostrou o crescimento de um a três anos de estudo subiu de 11% em 1991, para 19,5% em 1994, 20% em 1998 e 23% em 2000, enquanto de quatro a sete anos de estudo variou de 12% em 1991, para 13% em 1994, 15% em 1998 e 15% em 2000. Em relação aos casos em que a transmissão foi ignorada no sexo masculino, de zero a sete anos de estudo representou 85% dos casos.

Alterando o perfil inicial dos mais atingidos, de alta escolaridade para os grupos com menos anos de estudo formal. A ampliação dos casos nessas categorias de menor escolaridade representou para Rodrigues-Júnior e Castilho (2004) resultados produzidos pela baixa cobertura dos sistemas de vigilância e assistência médica para as pessoas com menor poder econômico. Nesse sentido, entende-se que o acesso aos serviços e políticas de saúde, além da difusão adequada da informação sobre a infecção e sua transmissão e o estigma associado a ela, podem ser fatores que corroboraram para a

vulnerabilidade dessa população. Demonstrando outra mudança nos novos diagnósticos, de uma parcela populacional com maior renda para grupos de menor renda.

O estudo de Gruner e Silva (2005) tratando sobre esse período, final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, objetivou através de uma pesquisa retrospectiva realizar uma análise dos dados epidemiológicos do Hospital Nereu Ramos localizado na cidade de Florianópolis - Santa Catarina. Os pesquisadores utilizaram os boletins mensais emitidos pela unidade de internação em Aids desse hospital dos pacientes com HIV/Aids nos anos de 1997 e 2001. Fizeram parte da pesquisa desses autores, 373 pessoas em 1997 e 312 em 2001, somando o total de 685 pessoas.

O trabalho de Gruner e Silva (2005) indicou uma idade média de 30 anos e 34,9 anos, em 1997 e 2001, respectivamente, com prevalência do sexo masculino nesses dois anos, o aumento de diagnósticos em pessoas casadas ou amasiadas (união estável) e a redução em solteiros, crescimento expressivo de casos de pessoas heterossexuais e redução relevante das notificações de usuários de drogas injetáveis em comparação entre 1997 e 2001. Além desses dados, os autores indicaram o aumento dos casos em mulheres, diminuição de internações e infecções oportunistas e a diminuição da mortalidade associada a Aids em decorrência do início da terapia antiretroviral (Gruner; Silva, 2005).

Esses dados demonstram aspectos e características distintas presentes nos casos diagnosticados na segunda e terceira décadas de epidemia do HIV, demonstrando-se mudanças significativas no perfil epidemiológico. Dentre as principais características demonstradas, está a intensificação do processo de heterossexualização da epidemia nos anos 2000, já identificado em estudos realizados na década anterior (1990). Além disso, observou-se um grupo atingido em faixas etárias maiores (processo de envelhecimento da epidemia), a presença da infecção em pessoas casadas (anteriormente restrita ou majoritariamente presente na população solteira), diminuição expressiva da mortalidade e infecções oportunistas (aumento significativo da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids dos anos 2000 em comparação ao mesmo grupo nos anos de 1990) e a manutenção da vulnerabilidade masculina a infecção em ambas as décadas.

Indicando um perfil semelhante, em outra região do país, Gabriel, Barbosa e Vianna (2005) no trabalho denominado “Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/Aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo” visou dentre os seus objetivos descrever o perfil epidemiológico de pessoas com HIV/Aids no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na

cidade de São Paulo no período de 1993 a 2001. Participaram da pesquisa desses estudiosos, 1837 pessoas durante esse intervalo de tempo, nesse grupo, a proporção de homem/mulher foi de 1,71/1, 46,8% possuíam de 30 a 39 anos, 76,3% apresentaram baixa escolaridade, ocorreu o predomínio da categoria heterossexual com 83,5% dos homens e 71,2% nas mulheres, em relação ao estágio da descoberta da infecção foi idêntica entre homens e mulheres com 57% em estágios avançados, o risco de óbito foi superior entre as mulheres e o de abandono do tratamento entre os homens.

Assim como as pesquisas anteriores, as autoras também sinalizaram a baixa escolaridade dos participantes, 76,3% tinham até o primeiro grau completo e o ensino superior foi de 3,6% entre as mulheres e 9,3% entre os homens. Nesse sentido, afirmaram que essa baixa escolaridade entre as mulheres reforçava a ideia da pauperização da epidemia, contribuindo para o risco a infecção mais acentuado entre as mulheres com baixa escolarização. Já em relação a exposição, as mulheres apresentaram 71,2% na categoria heterossexual, sendo esse meio de transmissão que mais tem colaborado para o processo de feminização e expansão da epidemia entre as mulheres no Brasil. Dentre as prováveis respostas a essa realidade, por questões relacionadas ao gênero, as mulheres são negadas de reivindicarem a utilização de preservativos e de negar relações sexuais (Gabriel; Barbosa; Vianna, 2005).

Essas autoras relataram que, mesmo sabendo as formas de prevenção, algumas mulheres mencionavam ter conhecimento de relações extraconjugais de seus companheiros, porém, não concebiam a possibilidade de utilizar preservativos com seu parceiro. Mesmo nessa situação, elas não acreditavam que estavam em um comportamento que trouxesse risco a infecção, até mesmo quando recebiam o diagnostico positivo para o HIV. Esse contexto “[...] remete à condição feminina, referindo-se à submissão e dependência de seus parceiros e ao amor como elementos integrantes da identidade feminina, impeditivos de ações preventivas” (Gabriel; Barbosa; Vianna, 2005, p. 512).

Nesse sentido, essas questões sociais relacionadas aos gêneros, contribuíram para a modificação do perfil epidemiológico dos novos casos, acometendo um número maior de mulheres casadas a infecção, o que reforça os achados de Gruner e Silva (2005) em relação ao aumento de mulheres e pessoas casadas presentes nos novos casos diagnosticados de HIV de 1990 para 2000. Desse modo, nota-se a presença do processo de feminização dessa epidemia, marcada pelo aumento do número de novos casos na população feminina e da diminuição da proporção de ocorrências entre os sexos

masculino e feminino.

No que se refere a pessoa idosa e ao processo de envelhecimento da epidemia, abarcando a segunda, terceira e o início da quarta década, as autoras Affeldt, Silveira e Barcelos (2015) em sua publicação “Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013” buscaram traçar as características de usuários idosos que viviam com HIV/Aids e utilizavam o serviço de Assistência Especializada (SAE) da Universidade de Pelotas em Pelotas-RS entre os anos de 1998 e 2013. No estudo dessas pesquisadoras foram incluídas 142 pessoas idosas com idades de 60 a 83 anos, com média de 65,3 anos.

Desses voluntários, a maioria eram do sexo masculino 58,5%, 88,7% eram brancos, 58,9% possuíam até 4 anos de escolaridade, 85% tiveram como via de transmissão do vírus a relação heterossexual, 58,9% foram diagnosticados antes dos 60 anos e em 82,4% a infecção possivelmente ocorreu antes dessa idade (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015). Essas autoras indicaram um aumento das notificações de casos de HIV/Aids em pessoas acima de 60 anos no Brasil nesse período, no ano de 1998 foram 626 casos e em 2012 ocorreram 1.812, representando um aumento 189%, ou seja, em 14 anos o número de diagnósticos em pessoas idosas quase triplicou.

Em acordo com a pesquisa de Affeldt, Silveira e Barcelos (2015), o estudo “perfil epidemiológico se HIV/Aids em idosos no Brasil: 2009-2018” realizado por Santos e Benito (2020) aborda o HIV/Aids em pessoas idosas traçando o perfil epidemiológico dessa parcela da população por meio dos dados disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde entre os anos de 2009 e 2018. As pesquisadoras identificaram 42.078 casos de HIV/Aids no Brasil nesse período, desse número, o diagnóstico em pessoas idosas foi de 20.140, representando 4,7% do total de casos.

Entre os casos localizados por elas, 61% ocorreram em pessoas do sexo masculino, 45,67% se autodeclararam heterossexuais, 42,08% possuíam residência na região Sudeste, 31,84% eram brancos e 53,03% possuíam o ensino fundamental incompleto. Assim, é possível perceber o perfil de vulnerabilidade nas pessoas idosas, são homens, heterossexuais, brancos, residentes no Sudeste e com baixa escolaridade formal. Em 2009 foram 1.627 casos, o menor número de diagnósticos dos anos analisados, enquanto o maior foi o ano de 2018 com 2.350 casos, equivalente a um crescimento de cerca de 44,44%. (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015).

Assim, a partir desse aumento, é perceptível o avanço dessa epidemia na

população idosa no país nesse período, ocorrendo um processo de envelhecimento da epidemia, saindo de 1981, sem nenhum caso diagnosticado nesse grupo, para cinco casos em 1986, chegando em 2018 a 2.350 (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015). Em relação a mortalidade, houve uma queda em todas as faixas etárias, apresentando um aumento da quarta para a quinta década de epidemia, somente em pessoas com mais de 60 anos que viviam com HIV/Aids, com um crescimento de 32,8% no sexo masculino e feminino, saltando de 4,3 para 5,7 óbitos/100 mil habitantes de 2011 a 2021 (Brasil, 2022).

Abordando a terceira e quarta décadas de epidemia do HIV, a pesquisa “perfil epidemiológico da Aids no Brasil utilizando sistemas de informações do DATASUS” as estudiosas Oliveira *et al.* (2020) buscaram Identificar o perfil epidemiológico das pessoas que viviam com HIV/Aids no Brasil, com informações coletadas no DATASUS referente aos anos de 2007 a 2017. Nesse período foram identificados por essas autoras, 447.578 casos, desses 287.879 eram do sexo masculino, 64,30%, entre eles a faixa etária prevalente foi 20 a 34 anos com 41,6% e 20% concluíram o ensino médio.

Em relação as mulheres, Oliveira *et al.* (2020), sinalizaram a notificação de 159.796, cerca de 35,70% dos casos, a faixa etária predominante foi de 30 a 39 no sexo feminino com 39,8% e 27% possuíam ensino médio completo. Segundo as pesquisadoras, ocorreu um crescimento dos casos de Aids no Brasil entre os anos de 2007 e 2013, e a partir de 2014 apresentou queda nas notificações, o último ano do período estudado, 2017, foi o que apresentou o menor número de casos. O perfil epidemiológico encontrado nesse período é composto por homens de 20 a 34 anos, divergindo da faixa etária predominante entre as mulheres, 30 a 39 anos.

Nesse mesmo sentido, discutindo-se sobre a quarta década da epidemia, o artigo “doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): perfil epidemiológico nas cinco regiões brasileiras” publicado recentemente no periódico científico “interfaces em Ciências da Saúde” objetivou descrever o perfil epidemiológico das pessoas que viviam com HIV/Aids em todas as cinco regiões do país entre 2015 e 2020 (Costa *et al.*, 2023). O estudo desses autores demonstrou nesse período a prevalência entre os casos notificados do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 44 anos, em pessoas pardas, com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo) e a maior parte das transmissões ocorreram por via sexual (homossexual, bissexual e heterossexual). Indicando um perfil constituído por pessoas do sexo masculino, de 20 a 44 anos e pardas, divergindo de outras décadas, em que os casos eram concentrados em pessoas

brancas.

Nesse mesmo sentido, Aguiar *et al.* (2022) no estudo “perfil epidemiológico de HIV/Aids no Brasil com base nos dados provenientes do DataSUS no ano de 2021” se propuseram a caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de HIV/Aids notificados no ano de 2021. Esses autores identificaram a ocorrência de 13.501 novos casos, seguindo os achados mais recentes da epidemia, indicaram uma prevalência do sexo masculino com 71,8%, em relação a via sexual de transmissão as relações heterossexuais foram responsáveis por 18,7% dos casos, seguida das pessoas homossexuais com 10,5%, a faixa etária predominante foi entre 40 e 59 anos com 21,6%, seguido das pessoas com 25 a 29 anos (17,4%) e 30 a 34 anos (15,1%). Em relação as regiões, a que apresentou mais casos notificados foi o Sudeste com 37,2%, seguido pelo Nordeste com 22% e o Sul com 17,7%.

Os autores concluíram que os casos notificados em 2021 em pessoas com 60 anos ou mais, gerou atenção das autoridades públicas em relação a um eventual envelhecimento da epidemia (Aguiar *et al.*, 2022). O perfil indicado no trabalho desses estudiosos foi formado por pessoas do sexo masculino, heterossexuais, de 40 a 59 anos e residentes na região sudeste, divergindo da população atingida nos primeiros anos de epidemia, marcada por casos em pessoas não heterossexuais e jovens.

Por meio desse levantamento de pesquisas retratando os perfis epidemiológicos ao longo das décadas de epidemia do HIV/Aids no Brasil, notou-se as mudanças das parcelas populacionais mais atingidas nesses períodos. Saindo de uma população majoritariamente marcada por homens, jovens, não heterossexuais, residentes na região sudeste e em grandes centros urbanos, com renda elevada e alta escolaridade na primeira década de epidemia, para atingir outros grupos como mulheres, heterossexuais, residentes em cidades de médio e pequeno porte, pessoas com baixa renda e escolaridade e pessoas idosas. Essas modificações nos perfis sinalizadas pelas pesquisas apresentadas nesse subtópico, ocorreram através dos processos de feminilização, heterossexualização, pauperização, interiorização e envelhecimento da epidemia.

Nesse contexto, Ceratti, Corrêa e Uehara (2023), indicam mudanças no perfil epidemiológico dos casos de Aids do início da epidemia até os dias atuais. Enquanto os primeiros casos ocorriam principalmente em homens, jovens, homossexuais e com nível socioeconômico elevado, passaram gradativamente a englobar outras parcelas da população como mulheres, heterossexuais e com nível socioeconômico baixo. Outras mudanças no perfil ocorreram com o crescimento de casos em homens, homossexuais e

com faixas etárias mais elevadas e, em 2017, as pessoas negras, do sexo masculino e com idades entre 20 e 29 anos passaram a representar quase 60,0% dos casos.

Nesse sentido, observa-se, assim como Oliveira *et al.* (2020), a importância de se compreender o perfil epidemiológico nos diferentes momentos dessa epidemia, já que organizar informações sobre quais grupos populacionais estão mais afetados, a faixa etária, sexo, escolaridade e outras diversas características, podem contribuir para o desenvolvimento, melhoria e implementação de estratégias que auxiliem na prevenção, ao considerar as especificidades desses grupos em relação ao HIV/Aids. Cooperando para as ações de saúde pública que colaboram para uma melhoria na qualidade de vida e no aumento da sobrevivência dessas pessoas (Costa *et al.*, 2023).

No início da epidemia, o perfil epidemiológico, foi visto a partir do conceito de risco, utilizado no direcionamento das estratégias de prevenção. Entretanto, essa visão encontrava-se centralizada em comportamentos individuais e/ou de grupos específicos, culpabilizando esses sujeitos e desprezando os contextos vivenciados. Nos primeiros anos, os denominados “grupos de risco” foram formados por homens não heterossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e pessoas com hemofilia (Brasil, 2008).

Essa concepção, ocasionou estigmas relacionados com o HIV nessas populações, revelando limites nas intervenções para erradicação da epidemia. Nesse sentido, considerando a percepção da importância da inclusão dos direitos humanos na construção das políticas públicas de prevenção, surge a noção de vulnerabilidade que considera a efetivação ou não desses direitos, indicando o contexto como elemento que influencia diretamente na exposição das populações a infecção (Brasil, 2008).

Assim, com o passar dos anos, percebeu-se que para reduzir essa vulnerabilidade, é preciso atuar com estratégias de prevenção no interior da cultura local, atuando em fatores negativos, como na desigualdade de acesso à saúde e outras violações aos direitos humanos, necessitando de ações combinadas que busquem reduzir os fatores relacionados aos contextos de vulnerabilidade (Brasil, 2008). Nesse sentido, Medeiros (2007) sinaliza que o direito fundamental a saúde, por ser um direito da pessoa humana, deve ser garantido a todas as pessoas em todo e qualquer tempo e que, sua privação, pode ocasionar uma afronta grave à justiça.

Desse modo, com o acúmulo dos conhecimentos relacionados a prevenção e o avanço científico das políticas de prevenção durante as décadas, concebeu-se a noção da prevenção combinada como estratégia para mitigar a vulnerabilidade das populações

mais vulneráveis, considerando suas realidades e contextos, pois possibilita a escolha de métodos que melhor se adequam as suas vivências, principalmente para os grupos que não aderem satisfatoriamente as outras estratégias disponíveis no SUS. Nesse sentido, a PrEP e a PEP, aparecem como inovações tecnológicas importantes na prevenção ao HIV na atualidade, principalmente na proteção de grupos mais vulneráveis. Nessa concepção, o subtópico 3.3 “prevenção combinada: a importância e eficácia da PREP e PEP” buscou demonstrar a eficácia, expansão e sua relevância para combater a epidemia do HIV/Aids.

3.3 PREVENÇÃO COMBINADA: A IMPORTÂNCIA E EFICÁCIA DA PREP E DA PEP

As estratégias de prevenção ao HIV/Aids se desenvolveram desde o surgimento da primeira notificação dessa infecção até os dias atuais a partir do avanço do conhecimento científico e do desenvolvimento tecnológico. Uma das mais recentes estratégias utilizadas no combate à epidemia é a administração de antirretrovirais visando a diminuição do avanço da epidemia. Esses medicamentos são utilizados no tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids, contribuindo para melhoria nos quadros clínicos, assim como na prevenção de pessoas HIV negativas, por meio da profilaxia com antirretrovirais, seja pós-exposição, por exemplo, em casos de acidentes ocupacionais e exposição sexual, ou pré-exposição, nos casos de exposição contínua ao vírus (Baeten *et al.*, 2012).

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), se distinguem pelo momento de utilização, seja antes ou após a exposição ao vírus do HIV, surgem como formas de intervenções biomédicas, somando-se ao grupo que estão os preservativos masculinos e femininos. Essas estratégias devem ser combinadas com outras medidas de prevenção (Brasil, s.d.; Brasil, 2017b).

A PEP encontra-se disponível no SUS desde o ano de 1999, configurando-se como o primeiro medicamento a ser utilizado na prevenção ao HIV. Esse método deve ser iniciado, preferencialmente, dentro das duas primeiras horas ou no intervalo máximo de setenta e duas horas após a exposição, mantendo sua utilização por vinte e oito dias seguidos. Essa medicação foi utilizada até 2008 na prevenção de casos de transmissão vertical, de acidentes ocupacionais e violência sexual, após 2008 ela passou a ser usada nos casos de exposição ao HIV em relações consensuais. Em 2013, foi adotado o

conceito de prevenção combinada no país, posteriormente, em 2015, publicou-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pós-Exposição facilitando a prescrição da PEP (Brasil, 2022; Brasil, 2018; Brasil, s.d.; Dehaan *et al.*, 2022).

A PEP é atualmente o único método comprovadamente eficaz para redução do risco de infecção pelo HIV após a exposição ao vírus. Diante da redução da eficácia da PEP após as duas primeiras horas, é fundamental que se tenha uma resposta rápida e eficaz para prevenir essa infecção na pessoa exposta ao HIV. Diante da exposição, percutânea ou mucosa, o vírus inicia a se replicar no local em macrófagos teciduais ou células dendríticas, caso ela não seja coibida nesse momento, em quarenta e oito a setenta e duas horas a replicação vai ocorrer nos gânglios linfáticos regionais, nas setenta e duas a cento e vinte horas, atingirá a fase de viremia, ou seja, vírus estará no sangue do indivíduo exposto. A PEP tem atuação justamente no bloqueio da multiplicação desse vírus (Dehaan *et al.*, 2022).

As evidências que mostraram a eficácia da PEP foram oriundas de estudos com animais e de ensaios clínicos da profilaxia, utilizando-se de antirretrovirais visando a prevenção da transmissão perinatal do HIV (Dehaan *et al.*, 2022). Dentre esses estudos temos o de Irvine *et al.* (2015), o primeiro a realizar uma revisão desse tipo em relação a PEP para prevenir HIV em primatas não humanos, que revisou sistematicamente os dados divulgados sobre as evidências da eficácia da PEP em estudos realizados com animais.

O trabalho desses autores incluiu 25 estudos realizados com 408 primatas em cinco países (Estados Unidos, França, Japão, Suécia e China) durante o período de 1990 a 2014. Os dados de Irvine *et al.* (2015) sinalizaram que os animais que receberam a PEP possuíam risco menor de 89% em relação a transmissão do HIV do que os que não foram expostos a esse medicamento. Os resultados também indicaram uma associação significativa entre o período de exposição e o início do tratamento com a PEP, demonstrando-se uma tendência em relação a eficácia a partir dos avanços tecnológicos em relação aos medicamentos, como a substituição do zidovudina pelo tenofovir (Irvine *et al.*, 2015).

Os pesquisadores Tsai *et al.* (1998) apontaram, assim como Irvine *et al.* (2015), através dos achados de sua pesquisa com macacos, a relação entre a exposição e o início da PEP, indicando que quanto menor o tempo de início do medicamento, maior foi a eficácia. Além disso, eles mostraram uma relação entre a eficácia na prevenção ao HIV

com a duração do tratamento, indicando uma maior proteção com a utilização por vinte e oito dias, do que com dez e três dias. Esses autores realizaram o estudo com 24 macacos (12 fêmeas e 12 machos) divididos em grupos com variação do tempo de início do tratamento após a exposição (vinte e quatro a setenta e duas horas) e da duração do uso do medicamento (três a vinte e oito dias), além de um grupo controle com tratamento simulado.

Os macacos do último grupo (controle) apresentaram o vírus em duas semanas. Todos os tratados com a PEP com início antes das vinte e quatro horas de exposição e tratamento pelo período de vinte e oito dias não desenvolveram a infecção, impedindo completamente a instauração do vírus, não havendo replicação do vírus depois de cessado o tratamento. Já a mesma duração (vinte e oito dias) com início da medicação de quarenta e oito ou setenta e duas horas, produziu menos eficácia do que o anterior (vinte e quatro horas e vinte e oito dias). A eficácia também foi reduzida com o tratamento por dez dias, saindo de 100% de eficiência com o tratamento de vinte e oito dias para 50%, e significativamente menor no caso de três dias, em que nenhum dos macacos que passaram pela medicação apresentou proteção completa, mesmo iniciando a utilização em vinte e quatro horas (Tsai *et al.*, 1998)

Nesse mesmo sentido, visando compreender a eficácia desse medicamento, Otten *et al.* (2000), realizaram o primeiro estudo que analisou a transmissão vaginal e a eficácia da PEP. O trabalho foi desenvolvido com 16 macacos-rabo-de-porco fêmeas, divididos em grupos. O grupo controle apresentou a infecção em todos os casos, os tratados com a PEP com doze e trinta e duas horas de exposição ao HIV não apresentaram indicações da infecção. O tratamento mais eficaz foi o iniciado até vinte e quatro horas da exposição e por vinte e oito dias, corroborando com os achados de Tsai *et al.* (1998).

Os autores Otten *et al.* (2000), indicaram a redução da eficácia da PEP com o atraso de quarenta e oito a setenta e duas horas do início da medicação, e a diminuição dos dias de tratamento para dez e três dias, resultados em acordo com as conclusões de Tsai *et al.* (1998). Desse modo, os dados indicaram que um tratamento precoce iniciado com antirretrovirais é eficaz na prevenção ao HIV por exposição vaginal, demonstrando qual o período de início para maior eficácia do tratamento, até vinte e quatro horas da exposição e por vinte e oito dias, e sua utilização em exposições heterossexuais.

Os estudos realizados em humanos demonstram a eficácia da PEP, assim como os anteriores realizados com animais não humanos. Um desses trabalhos foi

desenvolvido por Cardo *et al.* (2015) e realizado com 33 profissionais de saúde com exposição ocupacional ao HIV e um grupo controle de 665 pessoas nos Estados Unidos, Itália e Reino Unido. A pesquisa desses estudiosos indicou uma redução de 81% da infecção pelo HIV nesses profissionais que utilizaram a PEP.

Nessa perspectiva, Ford *et al.* (2015) realizaram uma revisão sistemática visando avaliar a segurança e eficácia da PEP em seres humanos. No estudo desses pesquisadores foram incluídas quinze investigações científicas que contaram com a participação de 1.830 pessoas que iniciaram o tratamento com a PEP com os antirretrovirais zidovudina (ZDV) ou tenofovir (TDF) e outras dez pesquisas com 1.755 indivíduos utilizando um outro medicamento, normalmente, um inibidor de protéase. A partir dos dados, os autores sinalizaram uma taxa maior de eficácia da PEP com o tenofovir de 78,4% após a finalização do período de tratamento sem interrupção, e de 58,8% com o zidovudina. Eles indicaram a formulação do tenofovir com lamivudina (3TC) ou emtricitabina (FTC) como preferencial para a PEP, o terceiro fármaco pode ser escolhido de acordo com o contexto, como o lopinavir (LPV)/ritonavir (r) em uma circunstância de recursos limitados.

À vista disso, McAllister *et al.* (2017) também trataram sobre a segurança, eficácia e a adesão do tratamento, assim como a pesquisa anteriormente mencionada de Cardo *et al.* (2015). Eles buscaram observar esses aspectos do dolutegravir com o tenofovir disoproxil fumarato-emtricitabina (TDF-FTC), com 300/200 mg, nessa ordem, utilizado como profilaxia (PEP) ao HIV em um grupo de 100 homens gays e bissexuais com duração do tratamento de vinte e oito dias.

No estudo de McAllister *et al.* (2017), 90% dos participantes aderiram a PEP, em relação as falhas, a taxa foi de 10%. Ao considerarem os relatos e a contagem de comprimidos, a adesão foi de 98%. Os autores indicaram como efeitos adversos produzidos pela medicação, a fadiga (26%), náusea (25%), diarreia (21%) e dor de cabeça (10%). Nas semanas analisadas, quarta e na decima segunda semana, nenhuma das pessoas que participaram do estudo utilizando PEP foi diagnosticada com HIV (McAllister *et al.*, 2017).

Colaborando com as pesquisas citadas (Tsai *et al.*, 1998; Otten *et al.*, 2000), a PEP não é indicada nos casos em que a exposição ao HIV tenha ocorrido há mais do que setenta e duas horas. Desse modo, essas evidências demonstraram a ineficácia do uso dos antirretrovirais, após esse período, como método de prevenção à infecção. Essa contraindicação ocorre nesses casos, em razão do risco de rebote viral produzido a partir

da suspensão desse medicamento após os vinte e oito dias do tratamento (Dehaan *et al.*, 2022).

Além do risco de rebote viral ao descontinuar o medicamento, pode ocorrer o desenvolvimento de resistência desses indivíduos a terapia com os antirretrovirais (Dehaan *et al.*, 2022). Nessa concepção, a PEP é considerada uma urgência médica, em razão da diminuição da eficácia na prevenção ao HIV diante do decorrer do tempo. A eficácia é maior dentro do prazo de duas horas da exposição e pode ser utilizado no período máximo de setenta e duas horas, por isso, o tratamento não pode ser iniciado após esse período.

Desse modo, observou-se as dificuldades em se restringir os serviços de acesso a essa política em uma quantidade reduzida de municípios do país ou a indisponibilidade de serviços próximos. Entretanto, a acessibilidade do serviço não é o único obstáculo para a utilização dessa estratégia de prevenção ao HIV em tempo hábil. Apesar da comprovação da eficiência relacionada diretamente com o tempo de exposição por diversos estudos científicos e assegurado como urgência médica pelo protocolo clínico da PEP no SUS, alguns serviços não seguem esse entendimento, colocando em risco os usuários a infecção pelo HIV.

Durante uma pesquisa de campo, Kauss (2017) observou que nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da cidade de Porto Alegre - Rio Grande do Sul estudadas, não tratavam a PEP como uma urgência médica. Os profissionais relataram que na ocorrência de outros agravos, a exposição sexual consentida, não constituiria uma urgência médica, indo contra preceitos preconizados no protocolo clínico e os conhecimentos e avanços científicos produzidos nessa área. O autor compreende que essa realidade produz uma “[...] culpabilização dos sujeitos, pois o não-uso de qualquer forma de prevenção ao HIV, é tratado como um ato voluntário do usuário e diante de outras morbidades não se enquadraria no atendimento prioritário [...]” (Kauss, 2017, p. 112).

A discricionariedade foi sinalizada por Kauss (2017) como um meio indevido utilizado para o não acesso de usuários a PEP:

Em outras situações, constatou-se que o mecanismo da discricionariedade foi acionado de forma indevida, a fim de não implementar a tecnologia. Nesse caso, não há de se falar em discricionariedade, mas de eventual exercício arbitrário que acabou por impedir, em determinadas situações, o acesso dos usuários à tecnologia da PEP (Kauss, 2017, p. 128).

Ademais, convém ponderar que o próprio acesso à informação em relação as vias de transmissão do HIV, a existência dessas políticas, como acessar esses serviços no SUS e em que locais são disponibilizados, não são conhecidos por parte da população, a exemplo dos moradores de cidades de médio e pequeno porte evidenciado pelos usuários dessa pesquisa (V4, V5, V8, V9, V15), como também em grupos que não estão incluídos como populações-chave para essas ações. Na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Intersexuais, Assexuais, Pessoas Não-Binárias (LGBTQIAPN+), por exemplo, em razão da sua associação com essa infecção no início da epidemia, do estigma e preconceito ainda presente e da sua maior vulnerabilidade ao HIV, esse tema é debatido, chegando ao ponto dos usuários utilizarem termos para os homens que fazem sexo com outros homens que utilizam essas profilaxias, PEP e PrEP, e publicarem em seus perfis nos aplicativos de relacionamentos, como Tinder e Grindr, a utilização da PrEP.

Além dessa dificuldade inicial em relação ao conhecimento das questões que envolvem o vírus e as políticas de prevenção, tem-se a concentração desses serviços que atualmente estão presentes em um número reduzido de municípios. Essa realidade provoca dificuldades diversas, dentre elas a econômica para, por exemplo, pagar um transporte ou gasolina para o deslocamento até a outra cidade para utilizar esse serviço; social, como o usuário vai justificar sua ida a outra cidade considerando-se o preconceito que circunda esse tema, principalmente quando se trata de um contexto de municípios pequenos e médios?; trabalhista, como pedir dispensa do serviço para realizar uma viagem buscando iniciar essa medicação no período ideal de duas horas ou de até setenta e duas horas considerando a perda de eficácia da medicação ao passar das horas?; Essas limitações provocam barreiras da efetivação universal e igualitária das políticas públicas de prevenção, principalmente a PEP, diante das suas especificidades relacionadas a urgência no acesso.

Em relação a PrEP, o Brasil esteve presente em um projeto piloto desenvolvido em 2013 e em 29 de maio de 2017 foi publicado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), com distribuição iniciada no dia 18 de dezembro do mesmo ano no SUS com disponibilidade inicial em 22 cidades e 36 serviços (Brasil, s.d.). Essa profilaxia, é uma estratégia eficaz e segura, que corresponde a utilização de antirretrovirais (ARV) orais visando a diminuição do risco em relação a infecção pelo HIV (Brasil, 2022). Essa estratégia é eficaz na redução da transmissão desse vírus, comprovada a partir de diversos ensaios clínicos (Choopanya *et al.*, 2013; Grant *et al.*,

2010; Abia, 2014; Grulich *et al.*, 2018; Marrazzo *et al.*, 2014; Thigpen *et al.*, 2012; Baeten *et al.*, 2012).

A estratégia da PrEP oral pode ser utilizada modalidade diária, com um comprimido por dia, ou por demanda, com esquema “2+1+1” com o uso de dois comprimidos entre duas e vinte e quatro horas antes da relação sexual, seguido de um comprimido após as vinte e quatro horas da dose dos comprimidos iniciais (dose inicial) e outro comprimido após as vinte e quatro horas desse comprimido (segunda dose) (Brasil, 2023). Outra tecnologia recentemente aprovada pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil é a PrEP injetável de longa duração que utiliza o Cabotegravir (CAB-LA), no entanto, esse medicamento ainda não está disponível no SUS (Bahia, 2023).

Nesse sentido, diversas pesquisas foram produzidas visando comprovar a eficácia da utilização da PrEP na prevenção ao HIV e no combate a pandemia gerada por esse vírus. Em 2010 foi realizada a pesquisa *internacional The Preexposure Prophylaxis Initiative* (Iprex) objetivando avaliar a segurança e eficácia da PrEP na prevenção a infecção pelo HIV entre homens gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e mulheres transgênero. Dentre os países que colaboraram nesse estudo, encontrava-se o Brasil com 370 voluntários. Ao todo participaram da pesquisa Iprex 2.499 pessoas, parte desse grupo utilizou a PrEP e outra placebo²¹. Os dados sinalizaram uma redução de 44% em relação à incidência do vírus do HIV nas pessoas que estavam no grupo que utilizou a PrEP (Grant *et al.*, 2010; ABIA, 2014).

Nesse mesmo sentido, a pesquisa elaborada por Grulich *et al.* (2018), demonstrou a eficácia da PrEP para a redução de casos de infecção pelo vírus do HIV. A pesquisa realizada por esses autores buscou avaliar a eficácia da PrEP a nível populacional no Estado mais populoso da Austrália, já que essa profilaxia já era comprovadamente eficaz em nível individual, como na pesquisa de Grant *et al.* (2010). Esses autores identificaram uma redução de aproximadamente 25% dos novos casos de HIV na população HSH durante os doze primeiros meses da introdução da PrEP no Estado, decrescendo de 295 casos para 221. Esses pesquisadores constataram uma associação entre a implementação da PrEP e a redução de novos casos de infecção pelo HIV, indicando que a PrEP, quando utilizada na prevenção combinada, com uma

²¹ O placebo é composto por substâncias “[...] que não contém princípio ativo e não agem especificamente sobre a doença tratada. São conhecidos como pílulas de açúcar ou farinha e seu uso é amplamente utilizado por indústrias farmacêuticas e cientistas para que se possa testar a eficiência de um novo medicamento” (Soares, 2002, p. 06).

implementação rápida, direcionada e de alta cobertura, torna-se eficiente para redução de novos de HIV/Aids em nível populacional (Grulich *et al.*, 2018).

Nessa conjuntura, outro estudo realizado com homens que fazem sexo com outros homens, buscou avaliar a eficácia da PrEP nessa população. O trabalho de Molina *et al.* (2015) teve a participação de 400 pessoas da França e do Canadá distribuídas em dois grupos: 199 utilizando o tenofovir disoproxil fumarato (TDF) e o emtricitabina (FTC) e outro com 201 usando placebo, utilizados antes e depois das relações sexuais. O grupo que utilizou a PrEP com o TDF-FTC obteve 86% de diminuição no risco ao HIV/Aids.

Essa eficácia produzida pela PrEP em relação a redução de novas infecções pelo vírus do HIV não está presente apenas nos grupos-chave, mas atinge também homens e mulheres heterossexuais (Marrazzo *et al.*, 2014). Assim, esses autores consideram que a adesão à medicação é o que irá determinar a eficácia desse medicamento, visto que foi associado com uma redução em torno de 90% na infecção pelo HIV tanto em HSH quanto em homens e mulheres heterossexuais. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), mencionando os achados de Grant *et al.* (2010), também apontou assim como Marrazzo *et al.* (2014), a relação entre adesão a PrEP e a eficácia desse método. Essa instituição, indicou que, nos casos em que a medicação foi utilizada ao menos quatro vezes no decorrer da semana, não houve episódios de infecção pelo vírus do HIV. O efeito de proteção gerado pelo medicamento na pesquisa dessa associação foi de 84% para os que tomaram esse medicamento entre duas e três vezes na semana (ABIA, 2014).

A pesquisa desenvolvida por Thigpen (2012) em Botswana teve como objetivo analisar a eficácia da PrEP em adultos, em um ensaio clínico de fase 3²²²³. Participaram do estudo desse pesquisador, 1.219 pessoas, 45,7% mulheres, das cidades de Francistown e Gaborone (capital do país), com 18 a 39 anos de idade. Essas pessoas homens e mulheres com diagnóstico negativo para HIV/Aids foram distribuídas de modo aleatório em dois grupos, um passou a receber diariamente via oral o tenofovir disoproxil fumarato e emtricitabina (TDF-FTC) e o outro placebo.

²² Um medicamento para ser registrado e aprovado pelas autoridades sanitárias para ser comercializado precisa, após aprovação de órgãos regulatórios, passar por três fases (Fase I, Fase II e Fase III). A fase III “[...] tem como meta principal avaliar a segurança, eficácia e posologia, e o número de participantes não deve ser inferior a 100. Geralmente, os estudos desta fase são randomizados, isto é, os pacientes são divididos em dois grupos” (Leite, 2017, p. 23) um grupo controle (recebe o placebo) e o grupo investigacional (recebe o medicamento).

²³ Esse registro sanitário após a aprovação no estudo de fase 3 “[...] representa uma garantia do direito à saúde e não uma etapa burocrática sem sentido” (Ramos, 2021, p. 1612).

Os resultados do estudo de Thigpen (2012) sinalizaram uma proteção significativa dessa população a infecção com o uso do TDF-FTC, demonstrando a eficácia de 62,2% com um intervalo de confiança de 95%. Os autores concluíram que o uso diário da PrEP, TDF-FTC, trouxe prevenção ao HIV/Aids na população de adultos heterossexuais sexualmente ativos. Outro resultado, em consonância com estudos anteriores de Grant *et al.* (2010), Marrazzo *et al.* (2014), e ABIA (2014), demonstrou a relação entre eficácia da PrEP e a adesão à medicação, indicando maior eficácia no grupo que relatou ter tomado esse medicamento nos 30 dias anteriores (Thigpen *et al.*, 2012).

Nesse mesmo sentido, o estudo de fase 3 realizado por Baeten *et al.* (2012) tratou sobre a eficácia da PrEP em homens e mulheres heterossexuais. A pesquisa *Partners Preexposure Prophylaxis* (PrEP) foi desenvolvida no Quênia e Uganda, com a participação de 4.747 casais heterossexuais sorodiscordantes, ou seja, uma das pessoas era soropositiva para o HIV e a outra soronegativa. Os parceiros soronegativos foram distribuídos de modo aleatório em três grupos: um com administração diária de tenofovir (TDF) com 1.584 participantes, outro com uma combinação de TDF-FTC com 1.579 e, por fim, 1.584 no terceiro grupo com placebo com acompanhamento mensal por um período de até 36 meses.

Os dois medicamentos indicaram redução na incidência de infecção pelo HIV, de 67% com o TDF e 75% com o TDF-FTC, mostrando efeitos semelhantes na redução significativa entre homens e mulheres (Baeten *et al.*, 2012). Os efeitos de proteção produzidos por esses medicamentos não foram estatisticamente diferentes entre os gêneros. Esses pesquisadores, ao compararem a eficácia desses grupos com o grupo placebo, sinalizaram, entre os homens, a eficácia de 63% do TDF e 84% do TDF-FTC, e nas mulheres, a eficácia de 71% do TDF e 66% do TDF-FTC. Por fim, os autores concluíram que a PrEP, com ambos os medicamentos, fornece proteção contra o HIV em homens e mulheres heterossexuais. Entretanto, indicam a importância da adesão a medicação como elemento fundamental para a prevenção (Baeten *et al.*, 2012).

Além dos grupos indicados nas pesquisas anteriores, HSH e pessoas heterossexuais, tem-se os usuários de drogas injetáveis como grupo-chave em relação as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids. Esse é o público-alvo da pesquisa de Choopanya *et al.* (2013) que objetivou analisar a PrEP com administração oral, tenofovir disoproxil fumarato – tenofovir, e a redução da transmissão do vírus nessa população. Esses autores convidaram os participantes em dezessete clínicas que

realizavam tratamento de drogas na cidade de Bangkok na Tailândia. Os participantes precisavam, para serem incluídos na pesquisa desses pesquisadores, ter de 20 a 60 anos, ser HIV negativo e ter usado drogas injetáveis um ano antes do estudo. Desse modo, 2.413 pessoas satisfizeram esses critérios de inclusão e foram alocadas em dois grupos, 1.204 com tenofovir e 1.209 com placebo, durante o período de 9 de junho de 2005 a 22 de julho de 2010 (Choopanya *et al.*, 2013).

Esses participantes do estudo de Choopanya *et al.* (2013) tinham em média 31 anos, variando de 20 a 59 anos. Em relação a utilização de drogas injetáveis, 1.507, cerca de 65%, afirmou ter usado nos 3 meses anteriores no momento de inscrição na pesquisa, depois para 426, 23%, no décimo segundo mês de estudo e 117, 18%, no septuagésimo segundo mês, demonstrando uma redução significativa. Em relação ao compartilhamento de agulhas, seguiu a mesma tendência anterior, saindo de 435 (18%) na inscrição, para 44 (2%) no décimo segundo mês e 8 (1%) no septuagésimo segundo mês.

Os resultados desses autores, apontaram uma diminuição de 48,9% na incidência dessa infecção no grupo que utilizou o antirretroviral, a PrEP. A adesão foi percebida como elemento fundamental para o aumento da eficácia desse medicamento, os grupos com maiores taxas de adesão ao medicamento, e com maior eficácia, foram mulheres (79%) e pessoas com 40 ou mais anos (89%). Desse modo, percebeu-se que a PrEP poderia ser utilizada em conjunto com outras formas de prevenção ao HIV nessa população (usuários de drogas injetáveis) (Choopanya *et al.*, 2013).

A PrEP é indicada desde 2022 para qualquer pessoa com quinze anos ou mais com peso a partir de 35kg com risco acrescido ao HIV, sem a necessidade da presença ou autorização dos responsáveis legais nas consultas para os menores de dezoito anos, garantindo-se o direito à privacidade e ao sigilo desses usuários (Brasil, 2024a). Dentre os casos que podem ser indicados essa profilaxia com prioridade estão as pessoas que:

Frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais (anais ou vaginais); Faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV); Apresenta histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis; 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-hidroxibutirato (GHB), MDMA, cocaína, poppers) com a finalidade de melhorar e facilitar as experiências sexuais (Brasil, 2024a, p. 1).

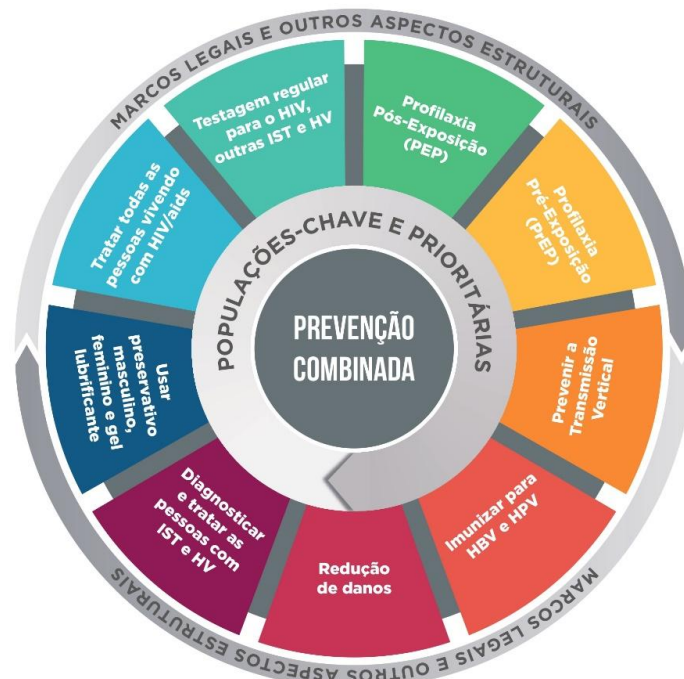
Nesse sentido, a PrEP, deve ser utilizada na prevenção combinada, dado que a política nacional de enfrentamento ao HIV/Aids considera as estratégias de prevenção

isoladas, como não suficientes para a redução de novas infecções (Brasil, 2017a). Tornando-se fundamental a utilização de diferentes formas de prevenção, como indicado por Choopanya *et al.* (2013). A partir dessa realidade buscou-se ampliar não apenas o acesso ao tratamento, mas também o aumento de políticas visando à prevenção de novas infecções ao vírus do HIV. Assim, a “prevenção combinada ao HIV”, aponta para a necessidade do uso conjunto de diferentes intervenções de prevenção, como as biomédicas, comportamentais e estruturais (Brasil, 2017b).

Nesse sentido, a prevenção combinada, é caracterizada pela associação de diversas ações de prevenção ao HIV. Essa combinação de métodos deve ser realizada de acordo com a realidade vivenciada por cada pessoa, suas características e o seu momento de vida. Desse modo, essas ações devem estar centradas na pessoa, nos seus grupos sociais e na sociedade a qual ela está inserida. O princípio dessa concepção consiste no entendimento que as “estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, considerando as especificidades dos sujeitos e de seus contextos” (Brasil, s.d., não paginado).

Dentre as ações, a serem combinadas a depender das necessidades demandadas pelo indivíduo a partir de sua realidade estão: a testagem para o HIV, a prevenção da transmissão vertical (transmissão do HIV de uma pessoa gestante para o bebê), o tratamento para ISTs, redução de danos para usuários de álcool e outras drogas, PrEP e PEP, e o tratamento de pessoas vivendo com HIV, que com a redução da carga viral não mais transmite o vírus, termo conhecido como “indetectável igual a intransmissível” (Brasil, s.d.). Essas ações, juntamente com outras não mencionadas, podem ser observadas na “Mandala de Prevenção Combinada” (figura 1).

Figura 1 – Mandala de Prevenção Combinada

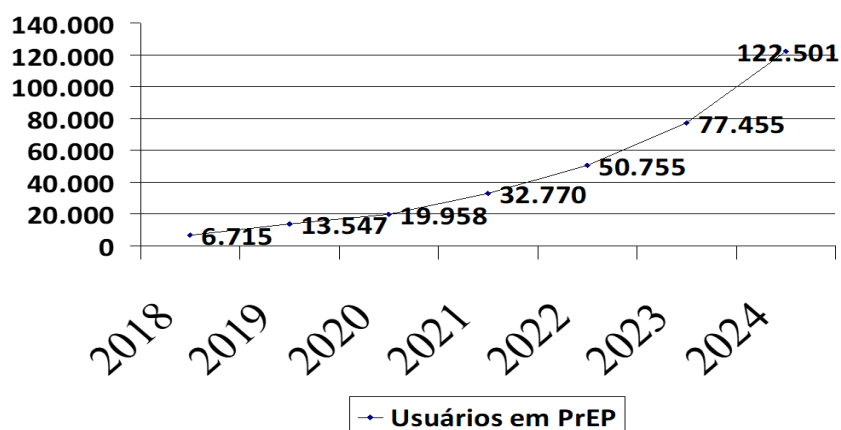


Fonte: Imagem retirada da página de acervo do Ministério da Saúde, 2023.

Essa mandala apresenta um “menu” com os métodos de prevenção, visando disponibilizar aos usuários uma gama de estratégias que se adequem as suas necessidades individuais e contextuais, que podem optar, juntamente com o profissional de saúde, por meios de prevenção adequados às condições e circunstância de vida para potencializar a adesão as políticas e a proteção ao vírus (Brasil, 2024d). Desse modo, é fundamental a disponibilidade do maior número de opções para abarcar o máximo de pessoas vulneráveis a infecção nessas estratégias. Nesse sentido, a PrEP apresenta-se como um medicamento importante nessa utilização conjunta, reduzindo o risco de infecção em pessoas mais vulneráveis ao vírus.

No Brasil, de acordo com os dados do Painel PrEP do Ministério da Saúde, desde o ano de 2018 até abril de 2025, 259.254 mil pessoas começaram a utilizar a PrEP. Durante os anos de implementação desse método, o número de usuários em PrEP aumentaram de 6.715 em 2018 para 122.501 em 2024 (gráfico 1), representando um crescimento em sete anos de 1.826,88%. Os últimos dados divulgados apontaram que, durante o período de 12 meses, 184.619 pessoas fizeram ao menos uma dispensa do medicamento. Desse número, 122.544 eram usuários atualmente e 62.075 (34%) do total, descontinuaram o uso (Brasil, 2025).

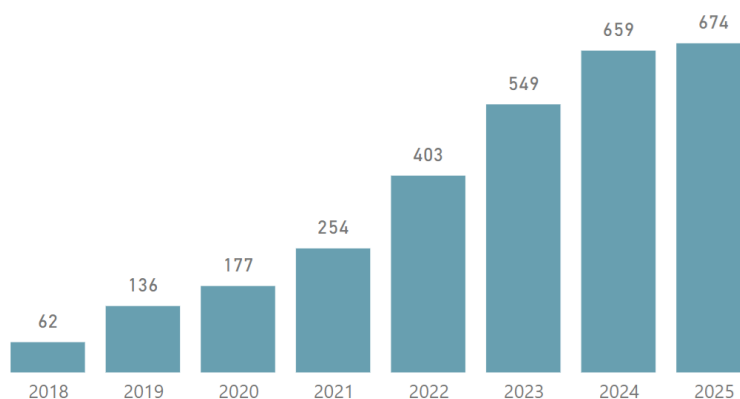
Gráfico 1 – Usuários em PrEP no Brasil 2018-2025



Fonte: Brasil, 2025.

Na mesma direção que o número de usuários, os municípios com dispensa do medicamento também aumentaram de 62 em 2018 para 674 em 2025 (gráfico 2), expansão de 1.087,10% em sete anos. As cidades com disponibilidade desse serviço representam 12,1% dos 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2016).

Gráfico 2 – Municípios com disponibilidade da PrEP no Brasil 2018-2025

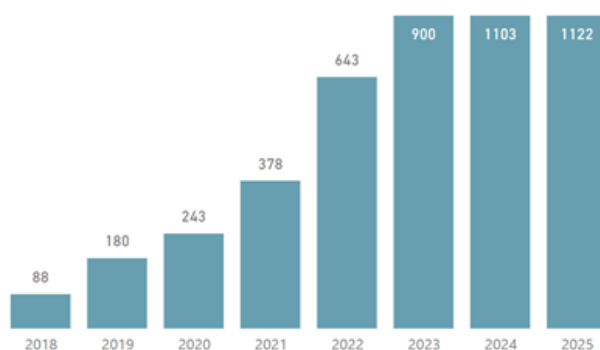


Fonte: Brasil, 2025.

Em relação aos atendimentos, em 2025, 54% ocorreram em serviços especializados, 29% em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 11% na Atenção Primária, 3,29% pelo teleatendimento e 1,43% na rede privada. Esse dado mostra a diversidade dos tipos de serviços que ocorreram as dispensas, e a importância deles para o atendimento dos usuários, considerando-se seus contextos e diminuindo obstáculos através das diferentes opções de acesso.

O Brasil dispõe atualmente de 1.122 serviços que disponibilizam a PrEP e dispensaram 167.596 unidades da PrEP nesse ano e 1.306.265 unidades entre 2018 e 2025, tempo de disponibilidade desse medicamento no SUS (Brasil, 2025). Os serviços aumentaram durante os anos, expandindo de 88 em 2018 para 1.122 em 2025 (gráfico 3), crescendo aproximadamente 1.275%.

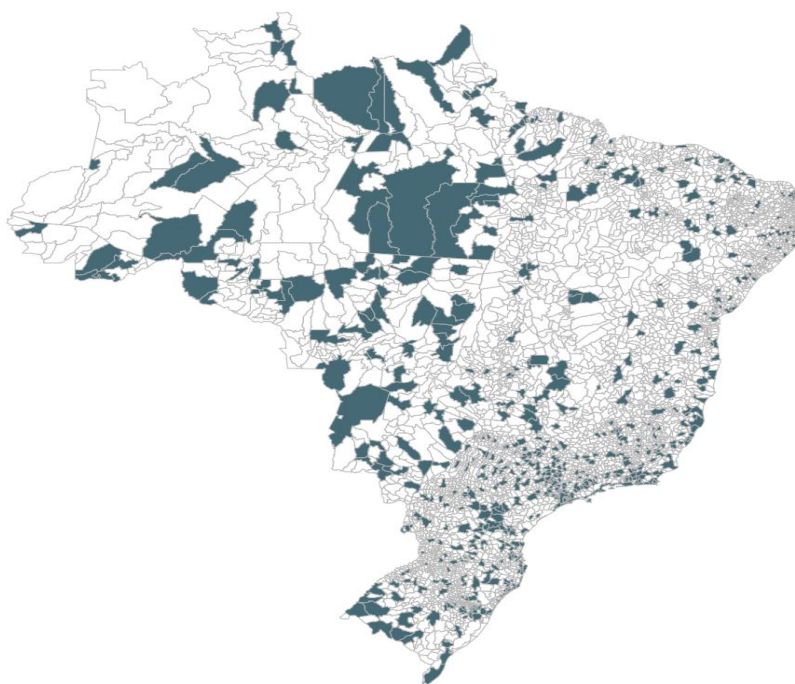
Gráfico 3 – Número de serviços com pelo menos uma dispensação 2018-2025



Fonte: Brasil, 2025.

É notável a evolução dessas unidades, assim como a distribuição dos municípios com serviços da PrEP ao longo desse período (2018-2025). A disposição das unidades distribuidoras da PrEP por município pode ser observada no mapa 1.

Mapa 1 – Distribuição das unidades dispensadoras nos municípios



Fonte: Brasil, 2025.

O aumento de usuários durante o período de disponibilidade da PrEP no SUS pode ser resultante dessa expansão dos serviços e unidades dispensadoras, assim como pela diversificação dos profissionais de saúde aptos a prescrever essa profilaxia. Até 2019, a prescrição dessa estratégia de prevenção, estava restrita aos médicos, em 2020, outros profissionais de saúde passaram a prescrever esse medicamento: enfermeiros, farmacêuticos e dentistas. Em 2020, das dispensas, 94% foram prescritas por médicos, 5,5% por enfermeiros, 0,22% por farmacêuticos e 0,18 por dentistas (Brasil, 2025).

Cinco anos depois, em 2025, os médicos foram responsáveis por um pouco mais da metade das prescrições 51,58%, representando uma redução de 42,42%, em comparação aos dados de 2020, enquanto cresceram as prescrições realizadas por outros profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros 41,28%, com crescimento de 35,78%, farmacêuticos 6,58% e dentistas 0,56% com aumento de 6,36% e 0,38%, respectivamente (Brasil, 2025). Diante desse fato, a possibilidade de outros profissionais de saúde, além dos médicos, estarem aptos a prescrever a PrEP, pode ter atuado de modo positivo no acesso e na interiorização dessa estratégia nesse período (Brasil, 2025).

Os usuários que descontinuaram o uso da PrEP em 2025, a faixa etária com maior porcentagem foi entre as pessoas com menos de 18 anos com 71%, seguida dos usuários entre 18 e 24 anos, com 50% de descontinuidade. Em relação aos grupos, o maior percentual foi em mulheres cisgênero (55%), homens heterossexuais cisgênero (46%) e mulheres transexuais (40%). Já a raça/cor o índice foi superior em: indígena (41%), preta (37%), parda (36%) e 31% na branca/amarela (Brasil, 2025). Demonstra-se através desses dados os grupos que menos conseguiram permanecer e aderir a política, como os jovens (15 a 24 anos), pessoas cisgênero (mulheres e homens) e pessoas indígenas e pretas.

Por outro lado, o perfil dos usuários dessa profilaxia no Brasil em 2025 é marcado por pessoas com maior grau de escolaridade, Gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), com idades entre 30 e 39 anos e raça/cor branca/amarela. Dos usuários, 81,02% eram Gays e outros HSH, 7,84% homens heterossexuais cisgênero, 6,14% mulheres cisgênero, 2,70% mulheres transexuais, 1,55% homens transexuais, 0,53% Não-Binárias e 0,22% Travestis. A maioria dos usuários, 71,17%, tinham 12 ou mais anos de escolaridade, seguido da categoria de 8 a 11 anos com 23,99%, que somados correspondem a 95,16% dessas pessoas. A maior parte, 42,1%,

encontrava-se na faixa etária de 30 a 39 anos, 22,5% de 25 a 29 anos, 17,9% de 40 a 49 anos, 10,24% de 18 a 24 anos, 7,2% com 50 ou mais e 0,2% com menos de 18 anos. Em relação a raça/cor 54,58% declaravam cor de pele branca/amarela, 32,11% parda e 12,9% preta (Brasil, 2025).

Nota-se, através dos perfis dos usuários que descontinuaram a PrEP e os que estão em uso, que alguns grupos que menos estão na política são os que mais descontinuam, além de outros que, mesmo não representando as maiores taxas de descontinuidade, estão entre os grupos menos representados nesse método de prevenção. Demonstrando-se, a necessidade de políticas que busquem não somente garantir o acesso das pessoas em maior vulnerabilidade ao HIV/Aids nos serviços, mas que promovam estratégias que possibilitem a permanência desses usuários, como pessoas transexuais, jovens, com baixa escolaridade e pessoas indígenas e pretas, através de estratégias que busquem reduzir as dificuldades individuais, sociais e contextuais dessas populações no acesso e permanência na profilaxia.

Em relação a PEP, foram dispensadas 1.195.919 mil unidades entre 2018 e abril de 2025, dessas, 77.675 em 2025. Em 2025, 61.854 usuários fizeram dispensa desse medicamento, esses dados não contam com as dispensas das Unidades de Referência de Exposição (URE). Em relação aos grupos que utilizaram a PEP, a maior parte, foram por mulheres cisgênero (36,30%), seguido por homens heterossexuais cisgênero (32,02%), gays e outros HSH (29,62%), mulheres transexuais (0,93%), homens transexuais (0,45%), não-binários (0,28%) e travestis (0,10%) (Brasil, 2025).

A faixa etária predominante nesses usuários foi de 25 a 39 anos (54,4%), de 15 a 24 anos (21,2%), de 40 a 59 anos (20,8%), de 0 a 14 anos (2,1%) e com 60 anos ou mais (1,4%). Considerando a raça/cor, a maior parte declarou-se branca/amarela (49,61%), parda (31,71%), preta (10,57%), ignorado/não informado (7,79%) e indígena (0,32%). Desses indivíduos, 3% eram trabalhadores do sexo. Em relação a exposição, 69% dos casos foram de relações sexuais consentidas, 27% de exposição com material biológico e 4% de violência sexual (Brasil, 2025). Esses dados sinalizam um perfil dos usuários dessa profilaxia composto por pessoas cisgênero heterossexuais, de 25 a 39 anos, raça/cor branca/amarela e com exposição ao vírus por meio de relações sexuais consentidas.

A PEP foi prescrita até 2019 apenas por médicos, em 2020, outros profissionais da saúde (enfermeiros, farmacêuticos e dentistas) passaram a prescrever essa profilaxia. Em relação as dispensas, em 2020, os médicos prescreveram 94,93%, enfermeiros

4,88%, 0,12% farmacêuticos e 0,07% dentistas. Em 2025, a participação dos médicos diminuiu para 58,92%, enquanto as outras aumentaram, enfermeiros (35,54%), farmacêuticos (5,23%) e dentistas (0,32%). Esse contexto foi semelhante aos dados da PrEP nacionalmente, nesse sentido, essa diversidade na prescrição, pode indicar uma maior facilidade para promoção da expansão dos serviços e dos usuários no acesso a esse medicamento.

Desse modo, as pessoas que mais acessaram a PEP nesse período no país, a maioria eram pessoas cisgênero heterossexuais (69,32%), de 25 a 39 anos (54,4%), com exposição sexual consentida (69%) e a maior parte eram brancas/amarelas (49,61%). Em relação as que menos acessaram foram as pessoas transexuais (homens, mulheres, travestis e não-binárias) que representam apenas 1,66%, pessoas com 60 ou mais (1,4%) e pessoas indígenas (0,32%) e pessoas pretas (10,57%). Os médicos 58,92% (PEP) e 51,58% (PrEP), continuaram como os profissionais que mais prescreveram essas profilaxias, entretanto, essa hegemonia vem caindo no decorrer dos últimos cinco anos, com destaque para os enfermeiros que representaram em 2025 aproximadamente 35,54% (PEP) e 41,28% (PrEP) das dispensas.

Esses dados sinalizaram os grupos que menos acessaram essa política, sendo um espaço importante de atuação do Estado para mitigar as desigualdades no acesso e na permanência dessa população, além de indicarem a importância da diversidade de atuação dos profissionais de saúde na prescrição desse medicamento para expansão desse método. Apontaram para o aumento da demanda e acesso dessas profilaxias, assim como sinalizaram indicativos, que o crescimento dos usuários, pode ter sofrido influências do aumento das unidades distribuidoras, dos municípios com disponibilidade dos serviços e da diversidade de profissionais na prescrição desses métodos de prevenção ao HIV. Esses fatores podem ter atuado de modo positivo através da facilitação e diminuição de barreiras no acesso e permanência nessas políticas públicas.

Além disso, as pesquisas indicadas nesse subtópico, comprovaram a eficácia na utilização da PrEP e PEP, em nível individual e populacional, para o combate à epidemia do HIV/Aids. Entretanto, a realidade brasileira, e mais especificamente a paraibana, é percebida pelos usuários desse estudo como desigual em relação ao acesso a esses serviços públicos entre cidades de grande, médio e pequeno porte. Essa realidade, de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos mais vulneráveis à infecção pelo HIV (Damante; Ferreira; Maito, 2019).

Desse modo, é fundamental considerar as desigualdades sociais no acesso as políticas públicas de prevenção ao vírus do HIV, como a PrEP e PEP, a partir da perspectiva dos direitos humanos. Entende-se que, para o controle e eliminação da epidemia, é preciso desenvolver estratégias que busquem reduzir essas desigualdades e efetivar os direitos humanos nesse contexto por meio da redução dos obstáculos sociais, estruturais e individuais no acesso e permanência nesses serviços (Brasil, 2024b). É nessa concepção que se estabeleceu o capítulo 4 “direito humano à saúde no acesso às políticas públicas de prevenção ao HIV”, buscando-se compreender o desenvolvimento da saúde como componente dos direitos humanos e as políticas públicas como meio de reduzir essas desigualdades sociais presentes no contexto da epidemia do HIV/Aids.

4 DIREITO HUMANO À SAÚDE E O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS

Esse capítulo é composto por quatro subtópicos: “a saúde como direito humano: surgimento e garantia dos direitos humanos e do direito à saúde no contexto internacional e nacional”; “um cenário entre políticas públicas e a epidemia de HIV/Aids no Brasil”; “direitos humanos, desigualdades sociais e as políticas públicas de prevenção ao HIV”; e “epidemia de HIV/Aids na Paraíba e o acesso às políticas públicas de prevenção”.

Buscou-se contemplar com essa divisão o segundo objetivo específico desse estudo: “analisar as relações entre direitos humanos, direito à saúde e as políticas públicas voltadas ao HIV/Aids”. Nesse sentido, foram trabalhados inicialmente as concepções e os processos de reconhecimento internacionais e nacionais dos direitos humanos e da saúde enquanto um de seus componentes (4.1), elementos essenciais para se compreender os impactos das desigualdades sociais na saúde (como determinantes sociais em saúde) ao compreender o conceito de saúde ampliado proposto pela OMS e como matéria de direitos humanos (4.2) fatores que podem ser mitigados pelo Estado por meio da elaboração de políticas públicas (4.3) a partir do contexto da epidemia na Paraíba (4.4). Esse entendimento é crucial para compreender os impactos gerados pelas desigualdades individuais, sociais e estruturas percebidas pelos usuários no acesso aos serviços de prevenção ao HIV/Aids e sua implicação no aumento da vulnerabilidade dos grupos mais atingidos por essa infecção, residentes no interior do Estado como tema de direitos humanos.

4.1 A SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: SURGIMENTO E GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS E DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL E NACIONAL

Os direitos humanos possuem um caráter histórico, em que o aparecimento e expansão de determinados direitos estão relacionados as modificações ocorridas na sociedade, progredindo com o próprio desenvolvimento da humanidade e suas necessidades ao longo dos tempos (Medeiros, 2007). Nessa compreensão, o conceito apresentou diversas definições a partir dessa historicidade, evidenciando-se a nomeada concepção contemporânea de direitos humanos, que pressupõe as características de

universalidade e indivisibilidade. Essa concepção foi iniciada a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Ela resultou da ação de internacionalização, marcadamente recente em relação a história, aparecendo após a Segunda Guerra Mundial em resposta aos acontecimentos atrozizados ocorridos no período da Alemanha nazista (Piovesan, 2006; Piovesan, 2008).

No tocante a universalidade, faz-se referência à noção da dimensão coletiva dos direitos humanos, sob a convicção de que a “[...] condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, está como valor intrínseco à condição humana” (Piovesan, 2009, p. 36). Já a indivisibilidade, por sua vez, indica que “[...] a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são” (Piovesan, 2009, p. 36).

Essa visão da necessidade de um sistema global que rompesse com a noção da proteção dos direitos humanos como matéria reservada ao poder unicamente do Estado, em razão da sua soberania, surgiu no período do pós-guerra, com o denominado Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH) (Piovesan, 2009). É com esse entendimento que Mazzuoli (2019) trata o DIDH como um “direito do pós-guerra”, pois tem seu início de modo efetivo após as atrocidades do Holocausto (1939-1945), buscando-se na sociedade internacional a concepção de uma normatividade internacional de proteção dos direitos humanos, visando inibir acontecimentos como os vivenciados no período da Segunda Guerra Mundial. Assim, com a DUDH e através da adoção dos diversos instrumentos de promoção e proteção dos direitos humanos, iniciou-se o seu desenvolvimento pelo DIDH (Piovesan, 2009).

Na noção de “direito a ter direitos”, Arendt (1989) sinalizou que um sujeito só poderia exigir respeito aos seus direitos caso tivesse o título de cidadania conferido por um Estado. Essa ideia propõe que ao ser cidadão de um Estado, obter-se-ia um direito de ser reconhecido enquanto pessoa que corresponderia aos direitos em geral. Nesse sentido, compreende-se que a condição para que um indivíduo reivindique seus direitos é ser um cidadão de algum lugar, nesse caso, o indivíduo que é privado desses direitos de cidadão também seria privado dos direitos humanos. Assim, esse status de cidadania daria as pessoas o direito de ter direitos (Carrillo, 2010).

Entretanto, a humanidade deve ter seu reconhecimento onde quer que esteja o

ser humano, independente de qualquer outra condição (Carrillo, 2010). Temos então a ideia sobre um “direito cosmopolita” (Kant, 2008) que se trata do:

[...] del deber de todos los seres humanos de reconocerse mutuamente como miembros de la humanidad, como individuos que deben ser protegidos por las autoridades políticas y legales de todas las naciones del mundo y, en consecuencia el derecho de cada ser humano a ser tratado en cualquier rincón del mundo como individuo dotado del derecho para tener derechos (Carrillo, 2010, p. 108).²⁴

Essa ideia de um direito cosmopolita se fundamenta em três condições: a primeira “A Constituição civil em cada Estado deve ser republicana” (KANT, 2008, p. 11), a segunda “O direito das gentes deve fundar-se numa federação de Estados livres” (2008, p. 15) e a terceira “O direito cosmopolita deve limitar-se às condições da hospitalidade universal” (2008, p. 20). Lima (2018, p. 58) sinaliza, a partir dessa visão de um direito cosmopolita, que “os Estados devem reconhecer a dignidade humana num aspecto jurídico simplesmente por um indivíduo ser um fim em si moral”. Esses direitos possuem algumas características e são considerados “inatos ou congênitos, universais, inalienáveis, invioláveis e imprescritíveis” (Medeiros, 2007, p. 65). Portanto são:

[...] inatos ou congênitos porque todos nascem com eles; são universais porque se estendem a todo gênero humano; são inalienáveis pelos seus próprios titulares e não podendo ser transferidos; são invioláveis por parte dos detentores do poder público e ninguém pode atentar legitimamente contra eles e, são imprescritíveis por mais longa que fosse a duração de sua violação ou alienação (Medeiros, 2007, p. 65).

Nesse sentido, os direitos humanos, podem ser definidos como os “[...] direitos que pertencem ao ser humano, pelo simples fato de ser humano” (Tosi, 2018, p. 4). Essa concepção, produz diferentes repercussões a partir de sua afirmação, como dignidade, liberdade e igualdade entre os indivíduos. Esses direitos são indispensáveis “[...] para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. Os direitos humanos são os direitos essenciais e indispensáveis à vida digna” (Ramos, 2021, p. 47).

Dessa maneira, os direitos humanos, constituem “[...] uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos com o catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais” (Piovesan, 2009, p. 36). Desse modo, os direitos humanos, de acordo com Peterke (2010, p. 88), nascem na filosofia, passam a ser exigências políticas e, eventualmente, transformam-se em

²⁴ [...] deber de todos os seres humanos de se reconhecerem mutuamente como membros da humanidade, como indivíduos que devem ser protegidos pelas autoridades políticas e jurídicas de todas as nações do mundo e, conseqüentemente, o direito de cada um ser humano ser tratado em qualquer canto do mundo como um indivíduo dotado de direito a ter direitos (Carrillo, 2010, p. 108, tradução nossa).

direitos positivos, por essa razão, “[...] é possível e, às vezes, até necessário entender os direitos humanos não só como direitos positivos, mas também como direitos morais”. Nessa perspectiva, Medeiros (2007, p. 56) aponta que o conceito de direitos humanos mantém relação com os documentos internacionais por fazer alusão “[...] àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram validade universal, para todos os povos e tempos [...]”.

Buscou-se, através da proclamação da DUDH, conceder a essa expressão um conteúdo jurídico preciso, visando assegurar a todos os seres humanos o respeito a dignidade, sem ter em conta a conjuntura em que vivem (Weis, 2002). Os direitos humanos na contemporaneidade passam a ter uma “positivação internacional”, transmutando-os em “obrigações jurídicas” (Wesis, 2012). Assim, pensar nessa universalidade é considerar as especificidades dos sujeitos de direitos que estão sobre a tutela do Estado-nação, considerando-se as suas realidades, seja em relação a um aspecto formal de garantia ou na efetivação de suas necessidades expressas na lei e postas em prática através das políticas públicas.

Em 1948 foi adotada e proclamada a DUDH pela Assembleia Geral das Nações, trazendo o reconhecimento de diversos direitos enquadrados na concepção de direitos humanos no seu Art. XXV que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]” (ONU, 2009, p. 13). Nesse sentido, o desenvolvimento da universalização dos direitos humanos contribuiu para a organização de um sistema internacional de proteção e promoção desses direitos, algo até então inexistente no cenário internacional (Piovesan, 2009).

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) aprovado em 1966 na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e com entrada em vigor no ano de 1976, representou, assim como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, a judicialização da DUDH (Mazzuoli, 2019), em razão do detalhamento e ampliação dos direitos já presentes na Declaração, conferindo uma dimensão técnico-jurídica. Esse Pacto tratou-se da codificação mais expressiva relacionada aos direitos humanos de segunda dimensão, abarcando, dentre outros, o direito ao trabalho, direitos sociais (proteção da família, segurança social e saúde) e direitos culturais (educação) (Heintze, 2010).

Esses Pactos são instrumentos jurídicos internacionais, após a ratificação por

parte dos Estados-membros e outros Estados não membros da ONU, tornam-se Estados-partes, indicando-se a aceitação voluntária de diversas “[...] obrigações jurídicas de defender e promover os direitos e disposições proclamados no texto em questão” (Lima Jr., 2002, p. 19). Esse instrumento foi incorporado no ordenamento jurídico nacional por meio do Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992.

O PIDESC traz o direito à saúde em seu artigo 12º §1 e, no §2, alínea c, o direito a prevenção. Nesse artigo, define-se que “Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” (ONU, 1966, p. 6). O Pacto preleciona que os Estados-partes devem incluir todas as ações que forem necessárias para efetivar as medidas para assegurar a “[...] prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças” (ONU, 1966, p. 6), como é o caso da prevenção e tratamento ao HIV/Aids. Ademais, os Estados-Partes devem proporcionar “[...] condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (ONU, 1966, p. 6), como a expansão dos serviços de tratamento, testagem e prevenção ao HIV/AIDS.

O Protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, chamado de *Protocolo de San Salvador* do ano de 1988, incorporado no direito interno por meio do Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999, elenca alguns direitos humanos (direito a prevenção no Art. 10º, inciso 2, parágrafo d, e no parágrafo e, o direito à informação em saúde). Nesse sentido, os Estados-partes ficam comprometidos ao reconhecimento da saúde enquanto um bem público, além de se comprometerem a assumir ações como a “Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza” e na “Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde” (Protocolo de San Salvador, 1988, não paginado). A Educação em Saúde, em relação a prevenção e tratamento, é fundamental para a adoção de práticas que corroborem para uma melhoria na saúde e na diminuição da vulnerabilidade a diferentes agravos a saúde, como a infecção pelo HIV.

Esse sistema global é formado a partir de diversos tratados internacionais que retratam a consciência ética presente entre os Estados no esforço de assegurar parâmetros de proteção mínimos. Além desse sistema, aparecem também os sistemas regionais de proteção e promoção, interamericano, europeu e africano objetivando a internacionalização desses direitos em esferas regionais. Esses sistemas, global e regionais, são complementares, e assumem a importância da primazia da pessoa humana

(Piovesan, 2009). Eles tornaram possível a responsabilização dos Estados em nível internacional, na medida que seus órgãos internos não respondam satisfatoriamente a proteção dos direitos humanos. Essa possibilidade trouxe uma inovação desse tema, ao colocar o ser humano como sujeito do Direito Internacional Público (DIP), juntamente com os Estados (Mazzuoli, 2019).

Desse modo, percebe-se o conceito de direitos humanos, como possuidor de um caráter histórico. A saúde, segue nessa mesma compreensão. Assim, quando trata-se sobre a definição de saúde, entende-se que esse conceito não é um dado fixo ou acabado. A ideia de saúde ou uma ideia de saúde representam construções, visões, culturas e sociedades no momento histórico ao qual essa concepção é esculpida. Nesse sentido, compreende-se que a visão da saúde que concebe-se atualmente, foi criada por intermédio dos avanços médicos, científicos, tecnológicos, econômicos, sociais e culturais.

Observando essa concepção, Dallari (1988) construiu um desenvolvimento sobre a conceituação da saúde. Esse conceito foi alvo de diversas proposições sobre a sua caracterização. O filósofo grego Hipócrates durante o século IV a.C., concebia as influências que a saúde sofria a partir de intervenções externas ao indivíduo, como a cidade e o tipo de vida das pessoas que habitavam esse local. Nessa mesma perspectiva, seguia o médico Paracelso durante o século XVI, sinalizando a relevância que o mundo exterior tinha diante do organismo humano, como as leis físicas da natureza e os fenômenos biológicos, demonstrando, associação entre algumas doenças e o ambiente de trabalho. O filósofo Engels, no decorrer do século XIX, ao observar os trabalhadores na Inglaterra no início da Revolução Industrial, indicou aspectos que influenciavam na saúde da população, como a cidade, o tipo de vida das pessoas e os seus ambientes de trabalho.

Entretanto, outra visão sobre a saúde foi construindo-se no sentido de alterar essa visão anterior e defini-la como uma ausência de doenças. A origem desse pensamento vem dos trabalhos produzidos pelo filósofo Descartes no começo do século XVII, ao observar o corpo humano enquanto uma máquina, indicando a partir dessa visão, que seria possível constatar a origem da própria preservação da saúde. No século XIX, observou-se com fundamento nesse pensamento, uma construção mecanicista da doença (Dallari, 1988).

No final do XIX e meados do século XX, essas duas correntes empreenderam embates na busca por definir o conceito de saúde. No ápice da Revolução Industrial,

enquanto a população marginalizada buscou empreender esforços diante de uma compreensão da saúde relacionada a fatores externos como meio ambiente, trabalho, alimentação e moradia. Outro grupo, realizava ações na busca pelo estabelecimento da concepção de saúde baseada na ausência de doenças, a qual foi impactada positivamente nesse período com as descobertas de germes que ocasionavam agravos a saúde, e posteriormente, com o seu isolamento, trouxe a oportunidade para criação de medicamentos voltados para doenças específicas. Assim, com o emprego das drogas (medicamentos) foi desenvolvida a cura de diversas doenças.

Nesse momento histórico, os fatores políticos atuaram como elementos que trouxeram fim ao debate entre essas correntes que buscavam a conceituação de saúde (Dallari, 1988). Um marco nessa construção foi o término da Segunda Guerra Mundial em 1945, que explicitou os horrores cometidos durante os conflitos, como as atrocidades praticadas nos campos de concentração nazistas. Demonstrou-se a fragilidade da humanidade diante da degradação humana, que poderiam ser provocadas pelos regimes políticos, exércitos e suas tecnologias bélicas (Pires-Alves; Saraiva, 2010).

Os esforços produzidos durante a guerra trouxeram uma multiplicidade de aplicações do conhecimento científico, no campo da saúde e medicina, indicando uma redução do sofrimento físico e a possibilidade de erradicação de doenças no futuro a partir do desenvolvimento de novas tecnologias (Pires-Alves; Saraiva, 2010). O avanço na área da biomedicina entre os anos de 1940 e 1950, como o surgimento da penicilina e antibióticos, trouxe esse otimismo sanitário, que via na ciência e no desenvolvimento de novas tecnologias, a capacidade de erradicar todas as doenças, resultando no progresso da humanidade (Pires-Alves; Saraiva, 2010).

Diante desses acontecimentos, a sociedade mundial na buscou pela preservação da paz e dos direitos humanos, como mencionado anteriormente na construção desse conceito, e consequentemente da saúde, iniciou-se um movimento internacional que deram origem a diversos organismos internacionais visando a colaboração entre os Estados. É nesse momento que aparece a ONU, no denominado Sistema das Nações Unidas, com o advento de agências especializadas em áreas como a OMS e nas Américas decorrente desse mesmo movimento a organização denominada atualmente de OPAS que passou a atuar como um escritório da OMS nessa região (Pires-Alves; Saraiva, 2010).

Através dessa agência da ONU voltada à área da saúde, a OMS, surgiu uma visão ampliada do conceito de saúde. Através da Constituição dessa organização em

1946 na cidade de Nova Iorque – EUA foi definida a concepção de saúde como um “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, n. p.). Essa construção sobre o conceito de saúde rompeu com a ideia de saúde como uma mera ausência de doença, passando-se a considerar outros aspectos da vida do indivíduo como determinantes que podem impactar positivamente e/ou negativamente a sua saúde.

Essa visão ampliada de saúde é aplicada nesse trabalho, ao considerar a existência de aspectos que podem influenciar negativamente e positivamente a saúde (determinantes sociais em saúde), como as barreiras individuais, sociais e estruturais que dificultam ou facilitam o acesso e permanência nos serviços de prevenção ao HIV. Os usuários dessa pesquisa indicaram como fatores negativos as questões econômicas (V5, V9), o preconceito (V1, V9, V10, V13, V16) e a distância do serviço de saúde especializado (V9, V15, V23, V33). Outros fatores são percebidos de modo positivo no acesso e permanência como: a qualidade do serviço (V1, V3, V5, V8, V16, V18, V19, V21, V24, V33, V36), a facilidade (V17, V18, V20), a disponibilidade (V1, V20), o bom atendimento (V6, V7) e a localidade (V31).

Nesse momento, pós-guerra, essa constituição aponta a saúde como elemento primordial para que se consiga vislumbrar a paz e segurança, exigindo uma participação dos indivíduos e dos Estados. Desse modo, é indicado que a saúde, ou desfrutar do melhor estado dela que se pode atingir, consiste em um direito fundamental de todo ser humano, sem nenhuma distinção de qualquer natureza (OMS, 1946).

Em 1978, na cidade de Alma-Ata na antiga União Soviética (URSS) durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi elaborado um documento contendo alguns princípios voltados a promoção mundial da saúde de todos os povos. Esse documento foi denominado de Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários que reforçou a definição de saúde apontada anteriormente na Constituição da OMS em 1946 (Declaração de Alma Ata, 1978). A declaração visa reafirmar esse conceito como:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (Declaração de Alma Ata, 1978, não paginado).

Esse documento também assinalou que a participação dos indivíduos nesse processo em relação a saúde, como o planejamento e execução desses cuidados, é ao mesmo tempo um direito e dever dos povos. Outro ponto fundamental é a visão dos cuidados primários em saúde como base para se alcançar um nível adequado de saúde que possibilite uma vida social e econômica produtiva (Declaração de Alma Ata, 1978). Pode-se definir cuidados primários relacionados a área da saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Declaração de Alma Ata, 1978, não paginado).

Esses cuidados primários de saúde devem levar em consideração os problemas presentes na sociedade, nas regiões e comunidades, disponibilizando estratégias de proteção, prevenção, curso e reabilitação de acordo com o que é necessário para o problema apresentado. Esses cuidados devem ao menos abranger a:

[...] educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (Declaração de Alma Ata, 1978, n.p.).

Essa concepção reforça a necessidade de considerar o contexto e os obstáculos locais nos cuidados primários em saúde, que precisam abranger, os métodos de prevenção. Nesse sentido, diante da epidemia do HIV/Aids e as cidades de médio e pequeno porte, a informação e divulgação sobre as estratégias de prevenção tornam-se fatores que podem ser abordados na atenção primária em saúde²⁵. Esse meio pode atuar como forma de mitigar o desconhecimento das pessoas dessas cidades sobre esse tema, como indicado por alguns dos usuários dessa pesquisa como V9 “Eu acho que ta

²⁵ A PrEP teve sua implementação inicial no SUS no final de 2017 em serviços especializados e de referência em HIV/Aids, passando em um segundo momento, após agosto de 2021, a ter a possibilidade de prescrição e disponibilização de cuidados em PrEP na Rede de Atenção à Saúde, abrangendo a Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2024d).

precisando de mais informação, ninguém conhece isso aí não meu filho. Só conheci porque fui pegar camisinha” e V27 “Tenho pouco conhecimento, não vejo divulgação do serviço”. Essa discussão sobre conhecimento e divulgação sobre a PrEP e PEP foi realizada no subtópico 5.3 “acesso à informação sobre HIV/Aids, prevenção e disponibilidade de políticas públicas em saúde”.

No mês de novembro de 1986 ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Ottawa no Canadá produzindo como resultado desse encontro a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. As discussões desse encontro se deram dentre outros, embasados pela Declaração de Alma-Ata, visando tratar de expectativas sobre uma nova visão de saúde pública com necessidades localizadas em países industrializados e em necessidades de outras regiões (Carta de Ottawa, 1986).

Essa Carta, aponta a saúde como “[...] como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (Carta de Ottawa, 1986, p. 1). Esse é um “conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Carta de Ottawa, 1986, p. 1). Desse modo, ao compreender a promoção da saúde nessa perspectiva, é perceptível uma responsabilidade da população como pertencente aos diversos setores da sociedade e não somente ao setor da saúde.

Desse modo, existem algumas condições e recursos indispensáveis ao se conceber a saúde nessa perspectiva “Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade” (Carta de Ottawa, 1986, p. 01), requisitos que são condições imprescindíveis para se atingir uma base sólida nas condições de saúde.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em 1997 na cidade de Jacarta na República de Indonésia, finalizando como produto desse encontro a Declaração de Jacarta. A declaração estabelece a saúde como um direito humano fundamento, elemento primordial para o desenvolvimento social e econômico (Declaração de Jacarta, 1997). A promoção da saúde é vista como um determinante de saúde através dos investimentos e ações para: “[...] criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social” (Declaração de Jacarta, 1997, p. 03).

Assim como a Carta de Ottawa, a Declaração de Jacarta também trouxe os requisitos voltados para a saúde, incluindo alguns, como o direito das mulheres e

respeito aos direitos humanos, indicando a pobreza como um dos maiores riscos para a saúde (Declaração de Jacarta, 1997). Esse é um dado importante para se compreender a vulnerabilidade de diversos grupos sociais a diferentes problemas de saúde pública, como o caso dos comportamentos suicidas e do HIV/Aids, principalmente considerando os moradores das cidades de médio e pequeno porte pelo número reduzido de serviços de saúde relacionados a prevenção e, por comumente, possuir menos recursos voltados para a saúde se comparados a realidade de metrópoles e capitais dos Estados. Essa realidade é mencionada por Szwarcwald (2000) em seu trabalho ao tratar sobre o processo de interiorização/expansão do HIV e a concentração de políticas e ações voltadas a prevenção.

Nesse mesmo sentido, foi percebido pelos usuários dessa pesquisa, uma maior quantidade de recursos voltados para a saúde na capital em comparação as cidades de médio e pequeno porte do interior da Paraíba. Em suas respostas ao questionário, indicaram uma visão de escassez dos serviços e dos métodos de prevenção ao HIV/Aids e uma concentração em João Pessoa. Alguns desses usuários indicaram a falta, escassez e precariedade das políticas nos seus municípios: V26 “Não, só em João Pessoa. Lá nem preservativo, só agora na eleição”, V1 “Na minha cidade não existe PREP, só tem o teste rápido e quando tem”, V2 “Escasso” e V14 “inexistente a PREP. A PEP é precário o fornecimento”. Em contrapartida, outras respostas apontaram a disponibilidade e qualidade das estratégias de prevenção na capital: V1 “Não procurei porque não tem. Eu já sabia que aqui no Clementino Fraga, era o melhor lugar”, V21 “Tem excelente disponibilidade” e V27 “É uma referência no Estado e sempre disponível a população”.

Em relação a concepção da saúde como parte dos direitos humanos no contexto internacional, considerando as desigualdades sociais e os determinantes de saúde, como elencado na Declaração de Jacarta, observa-se como marco importante, assim como foi em relação a sua conceituação, os efeitos, sobre as democracias ocidentais, produzidos pela Constituição da OMS (Oliveira, 2022; OMS, 1946). Uma organização como a OMS já era desejado por volta do século XIX com o início de diversos esforços visando uma instituição que cuidasse de problemas sanitários a nível mundial (Matta, 2005).

Nesse sentido, foram instruídos fóruns e organismos tratando sobre saúde, medidas de controle e prevenção de doenças. Dentre as inúmeras explicações existentes para a instituição dessa organização, a que se encontra sempre presente na construção argumentativa dos autores, é a industrialização e o crescimento de mercados em grandes metrópoles, resultantes do grande aumento do deslocamento de mercadorias, pessoas e

doenças (Matta, 2005).

No contexto da epidemia da cólera, surgiu os primeiros contornos dessas instituições de saúde em um nível internacional, buscando-se proteger os direitos humanos da população em nível global. A Europa sediou na cidade de Paris no ano de 1851 a primeira Conferência Internacional de Saúde em razão da epidemia de cólera, que já não encontrava-se restrita ao território de um Estado, mas estava em áreas de diferentes países, representando um problema internacional de saúde (Matta, 2005).

Desse modo, foram exigidas ações que agregassem esforços desses atores internacionais em resposta a essa epidemia e a outros temas relacionados a saúde. O encontro teve como propósito elaborar um Consenso Internacional de Saúde, algo até então inédito, porém, essa meta não foi atingida, apenas quarenta e um anos depois dessa conferência, em 1892, um consenso internacional em relação a saúde foi adotado. No entanto, esse entendimento ficou restrito apenas à cólera e não tratou de outras temáticas relacionadas a saúde (Matta, 2005).

Na América Latina, a primeira convenção sanitária visando um consenso internacional na região ocorreu em 1873 na cidade de Montevideu, com representante de três países (Brasil, Argentina e Uruguai). O objetivo desse encontro foi fornecer respostas conjuntas de combate e prevenção da cólera asiática, da febre amarela, da peste e do tifo. Quatro anos depois, em 1887 no Rio de Janeiro, ocorreu o segundo encontro, resultando na Convenção Sanitária do Rio de Janeiro (Matta, 2005).

Dentre os empenhos impostos nesse sentido, objetivando-se o consenso na temática da saúde em nível internacional, pode-se citar o *International Sanitary Bureau*²⁶ (1902) hoje reconhecido como Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), o *Office International d'Hygiène Publique*²⁷ (OIHP) (1907) e *The Health Organization of the League of Nations*²⁸ (1919). Essas organizações traziam preocupações relacionadas ao controle, classificação e prevenção da transmissão de doenças entre os territórios dos países (Matta, 2005). No espaço de tempo subsequente a guerra, entendeu-se que existe uma relação intrínseca entre a saúde, condições de vida e os direitos humanos. Desse modo, compreendeu-se que os comportamentos humanos, como a guerra, poderiam se converter como perigos a saúde das pessoas e, consequentemente, a própria segurança dos Estados (Dallari, 2003).

²⁶ Oficina Sanitária Internacional (tradução nossa).

²⁷ Escritório Internacional de Higiene Pública (tradução nossa).

²⁸ Organização de Saúde da Liga das Nações (tradução nossa).

Nesse período, em resposta a essas e outras necessidades desse momento, diversas organizações internacionais surgiram como a ONU (1945) e o Banco Mundial (1944). Nesse momento, observou-se a importância de medidas no âmbito internacional que, dentre outros, cuidassem do desenvolvimento de medicamentos, procedimentos e métodos de diagnósticos (Matta, 2005).

Assim, considerando a saúde como um direito humano, e sua importância como elemento indispensável para a realização dos demais direitos, diversas reivindicações e afirmações do direito a saúde estavam contidos em diferentes tratados internacionais e no direito interno de muitos países. Surgiram a partir dessa visão políticas públicas objetivando a melhoria do estado de saúde das diversas populações, adquirindo corpo a partir de arranjos e em conformidade com diferentes modelos de sistemas de saúde (Oliveira, 2022).

Durante os anos 2000, com o crescimento de recursos extraorçamentários, exigiu-se algumas reformulações, administrativa, financeira e política na OMS. Nessa reforma, foram estabelecidas trinta e cinco áreas de concentração, com onze prioritárias. As áreas prioritárias da OMS indicadas nessa reestruturação eram “[...] malária; tuberculose; HIV/Aids; câncer, doenças cardiovasculares e diabetes; tabaco; saúde materna; desnutrição; saúde mental; segurança no sangue; sistemas de saúde; e investindo em mudanças na OMS” (Matta, 2005, p. 390).

Em seus princípios, a OMS em sua carta de constituição, indicou uma visão inovadora em relação a compreensão sobre o conceito de saúde. A visão norteadora desse conceito rompe com a visão de saúde enquanto uma mera ausência de doença/enfermidade e aponta em uma visão global do ser humano em que a saúde representa “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Nessa concepção de saúde, Scliar (2007) compreende que essa visão trouxe um reconhecimento do direito a saúde, além de uma obrigação dos Estados em garantir esse direito através da sua promoção e proteção da saúde.

A carta também assegura, uma visão de que aproveitar o melhor estado de saúde possível de se atingir, constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, independentemente de outras características como nacionalidade, raça, religião, credo político, condição econômica ou social. Esse documento também trata das desigualdades entre os Estados em matérias de promoção a saúde e luta contra doença, principalmente das contagiosas, como um perigo comum a todos os países (OMS, 1946). Essa realidade foi observada com a eclosão da pandemia do COVID-19 que

trouxo a nível mundial preocupações relacionadas a essa doença, revelando os perigos em relação a saúde pública mundial.

Na esfera internacional, Oliveira (2022) indica que a positivação do direito a saúde teve como via o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) aprovado no ano de 1966, momento em que trouxe aos Estados concepções dos seus deveres em relação a saúde. Esse Pacto foi adotado através da Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas ocorrida no dia 16 de dezembro de 1996, sendo posteriormente ratificada em 24 de janeiro de 1992 pelo Brasil.

Nesse documento, em seu Artigo 12, §1º, encontra-se o reconhecimento dos Estados partes do Pacto do direito de usufruir do grau mais elevado de saúde física e mental a todas as pessoas. Já o parágrafo 2º do mesmo dispositivo, trata do dever dos Estados em relação as ações que devem ser adotadas, sempre que necessárias, pelos Estados no intuito de garantir o pleno exercício do direito a saúde em seu nível mais elevado de saúde física e mental (ONU, 1966, não paginado).

No contexto brasileiro, a luta pelo direito à saúde passou a ser discutida com maior frequência no século XX. A III Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1963 foi um dos marcos dessa luta pelo direito a saúde no Brasil, definindo a saúde como direito de todas as pessoas e propondo a municipalização como guia para efetivação desse direito, entretanto os objetivos foram frustrados pela ditadura militar (Carvalho, 2003).

Outro importante marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que apresentou resultados que foram encaminhados ao congresso para ser discutido e incorporado à Constituição Federal, fato ocorrido na constituição de 1988 “um corpo doutrinário que brotou de forma ascendente e desembocou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS” (Carvalho, 2003, p. 306). Nesse sentido, essa constituição trouxe uma base sólida para as estratégias governamentais na temática de direitos humanos (Medeiros, 2007).

A noção da saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, foi então introduzida no Brasil com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 (Ventura, 2008). Não é por menos que Ulysses Guimarães chamou a CF/88 de cidadã, justamente por ela colocar em um patamar de destaque na ordem jurídica que se iniciava os direitos e garantias fundamentais (Weis, 2002). Nesse sentido, a saúde alcançou um contorno de direito fundamental, que de alguma forma, são sempre direitos humanos,

entretanto, conceitualmente podem ser definidos como os “[...] direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional de determinado Estado” (Medeiros, 2007).

A saúde vista enquanto um direito não esteve presente nas constituições do Brasil anteriores a de 1988, apenas aparecendo de modo acidental. Nesse sentido, somente a Constituição brasileira de 1934, de 16 de julho de 1934, trouxe em seu Art. 10, II a possibilidade dessa concepção, ao indicar a competência concorrente entre a União e os Estados para tratar sobre o tema da saúde. Nela, foi indicado que a União, Estados e municípios tinham obrigação de adotar “medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” (Brasil, 1934, não paginado) presente no art. 138, indicando que a assistência médica e sanitária deveria ser observada na legislação trabalhista no seu art. 121 (Dallari, 2009).

Essa constituição de 1934 foi um marco histórico no constitucionalismo social, que possui como premissa a existência da “[...] correlação dos fatores de ordem social, política e econômica de um país” (Medeiros, 2007, p. 66). Os documentos constitucionais anteriores eram limitados a “[...] atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre normas gerais de proteção e defesa da saúde” (Dallari, 2009, p. 10). Além de conservarem a obrigação de “obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores assistência médica e sanitária” (Dallari, 2009, p. 10).

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado brasileiro (Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza, 2005). Desse modo, a saúde como um direito fundamental, reflete a uma manifestação positiva do direito, enquanto a saúde como um direito humano, reflete pautas ético-políticas (Medeiros, 2007). Essa prerrogativa da saúde enquanto direito encontra-se presente no Art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Assim, compreende-se que a obtenção da saúde, possui um sentido mutável e fluído, já que esse depende das inovações tecnológicas da época e das oportunidades econômicas e jurídicas de acesso a elas, em que a saúde, seria, sobretudo, um fator básico para a integração social. Compreende-se que o sujeito que não tenha garantido

um acesso pleno aos serviços de saúde, mantém-se com uma deficiência em sua aptidão de integrar-se socialmente, o que produz formas de opressão. Desse modo, compreende-se o direito à saúde como um direito humano universal (Castro, 2003).

Visando-se a garantia do direito à saúde no Brasil, houve uma reformulação do sistema de saúde pública do país com a implantação em 1990, pela Lei nº 8.080, do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui como princípios norteadores a “universalidade de acesso aos serviços, à integralidade da assistência, o controle social, a igualdade e a descentralização político-administrativa” (Messeder; Osorio-de-Castro; Luiza, 2005, p. 525).

A Lei nº 8.080/90 estabeleceu em suas disposições gerais no Art. 2 que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990, n.p.). Já a igualdade, encontra-se estabelecida no seu Art. 7, Inciso IV, determinando a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Desse modo, o Estado deve realizar “[...] todas as medidas legislativas, administrativas e outras medidas necessárias para assegurar o gozo do direito ao mais alto padrão alcançável de saúde[...]” e para “[...] garantir que todas as pessoas tenham acesso às instalações, bens e serviços de atendimento à saúde [...]” (Princípios de Yogyakarta, 2006, p. 25).

Nesse sentido, os princípios de universalidade e igualdade, se materializam e norteiam as políticas públicas. É por meio da formulação e execução dessas ações que o Estado é capaz de reduzir as diversas formas de desigualdades relacionadas a saúde (Barbosa, 2020a), objetivando a igualdade formal, como instrumento de promoção dos direitos humanos (Mattietto, 2023). Nesse sentido, o subtópico 4.2 “um cenário entre políticas públicas e a epidemia do HIV/Aids no Brasil”, considerando-se as múltiplas subepidemias, as desigualdades sociais e os determinantes de saúde, como matéria de direitos humanos, abordou-se temáticas relacionadas as políticas públicas no Brasil e sua relação com a epidemia do HIV/Aids.

4.2 UM CENÁRIO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

As políticas públicas de saúde no Brasil podem ser divididas historicamente em etapas, como as propostas por Escorel e Teixeira (2012) no trabalho “História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo

populista” e sua continuidade histórica em Escorel (2012) na “História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária” ambos publicados no livro “Políticas e sistemas de saúde no Brasil”.

No primeiro trabalho, são apresentados três períodos entre os anos de 1822 e 1963. O primeiro iniciou no final do Império e terminou na República Velha, o segundo abordou a era Vargas e, por fim, o período do desenvolvimentismo populista finalizando com o golpe militar. No primeiro, os autores, indicaram os contornos iniciais das políticas públicas, com a formulação de ações governamentais reservadas as regiões específicas (aglomerados urbanos) e a doenças epidêmicas que produziram impactos econômicos. O segundo momento, na era Vargas, foi marcado pela regulação das relações trabalhistas que modificou a agenda da política de saúde ao incluir os trabalhadores com a construção dos fundamentos do sistema previdenciário. Por fim, o terceiro período foi marcado pela formação do Ministério da Saúde e a inclusão ampla da assistência médica, representando forma mais abrangente de previdência social (Escorel; Teixeira, 2012).

No trabalho seguinte, Escorel (2012), observou os acontecimentos de 1964 (com o golpe militar) até 1990 (com a Lei Orgânica da Saúde). Ela divide esse espaço de tempo em quatro momentos. O primeiro contemplou a década inicial desse período, estabelecendo as repercussões nas condições de saúde, o seguinte, abarcou inicialmente a distinção do regime militar e a organização do movimento sanitário. O terceiro contemplou o período que abarcou o fim do regime militar em seu governo final, passando pela crise da previdência social e os acontecimentos para a chegada no espaço estatal dos militantes da Reforma Sanitária. Já o último momento estudado pela pesquisadora, Nova República, é marcado pela chegada do movimento da Reforma Sanitária aos espaços de poder, o acontecimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a constituinte e a introdução do direito a saúde em 1988 na Constituição Federal e os contornos do Sistema Único de Saúde.

Nesse mesmo sentido, as políticas públicas de combate a epidemia do HIV/Aids no país, apresentaram diferentes fases, considerando-se o desenvolvimento do conhecimento científico construído após o surgimento do vírus até a implementação das políticas públicas no decorrer da história, do envolvimento de diversos grupos sociais e institucionais em reação a epidemia e as articulações dentro das organizações oficiais (Marques, 2002).

Diante da necessidade de resposta a epidemia do HIV/Aids no Brasil, um dos

grupos organizados mais atuantes foi o ativismo das pessoas homossexuais. Diversos Estados, estabeleceram programas estaduais de combate e prevenção com a participação dos grupos sociais organizados e do governo (Simões; Facchini, 2009). Diante do aparecimento do primeiro caso de Aids no país em 1982 (São Paulo) e do primeiro caso em mulheres relatado em profissionais de saúde e heterossexuais em 1983 (Rio de Janeiro), os profissionais de saúde organizaram programas visando produzir ações direcionadas para combater a infecção, entretanto, não tiveram êxito (Cezar; Draganov, 2014).

Nesse mesmo ano, 1983, foram identificados dez casos, desses, quatro foram informados pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e os outros seis casos foram noticiados pela imprensa. Um sistema de vigilância nacional para notificação de novos diagnósticos foi implementado no ano de 1985. Um ano depois, em 1986, com cinco meses de criação do primeiro sistema de monitoramento, foram registrados 1.012 casos em vinte Estados, representando o aumento acelerado da epidemia no país (Marques, 2002).

Apesar dos primeiros casos no país terem ocorrido no Estado de São Paulo, outras notificações também ocorreram em outras unidades federativas, quase simultaneamente. Nesse sentido, destaca-se o Rio de Janeiro, que ocupou desde o começo da epidemia o segundo lugar entre os Estados em relação ao número de casos de Aids, o que exigiu ações pelo Estado. Diante de suas realidades e contextos locais, cada Estado organizou medidas individuais no início da epidemia, considerando as capacidades políticas que estavam disponíveis nesse momento nos setores de saúde (Marques, 2002).

Nesse sentido, historicamente, a iniciativa de prevenção e controle a epidemia do HIV/Aids teve seu início nos Estados, que precederam as ações de combate do Governo Federal. Um programa nacional com esse objetivo, foi organizado somente em 1988, no âmbito do Ministério da Saúde. O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/Aids foi responsável pelo reconhecimento oficial dessa infecção enquanto um problema emergente de saúde pública (Simões; Facchini, 2009; Marques, 2002).

O papel de protagonismo inicial relacionado à produção de políticas públicas voltadas ao enfrentamento a epidemia no Brasil foi dos Estados. Esse fato decorreu da concepção do Governo Federal de que o HIV/Aids não possuía grande magnitude epidemiológica e estava restrita a determinados grupos populacionais, pensamento

seguido por lideranças de diversos países do mundo. Esse entendimento esteve presente durante os quatro anos após o primeiro diagnóstico da infecção no país. Essa noção, porém, estava em contraponto com a realidade desse momento que apresentava um crescimento elevado de novos casos, o que dificultou a percepção do HIV/Aids enquanto um problema de saúde pública (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015). Esse tema só passou a fazer parte da agenda como prioritária do poder público após pressão política e a disponibilização de incentivos financeiros internacionais voltadas ao combate a epidemia (Souza *et al.*, 2012).

Os anos da década de 1980, marcaram a saúde pública brasileira, com o aparecimento de uma nova infecção e a redemocratização. Além dos programas estaduais e nacional de combate ao HIV/Aids, nesse período também se iniciou a testagem laboratorial para identificar a existência de anticorpos de HIV no ano de 1985. Em 1987, o Ministério da Saúde adotou o preservativo como elemento primordial das políticas públicas de combate ao HIV/Aids, nesse mesmo ano, constatou-se a eficácia em relação ao tratamento e introduziu o primeiro medicamento capaz de diminuir a multiplicação do HIV com a utilização de antirretrovirais, *Zidovudina* (AZT) (Cezar; Draganov, 2014). Posteriormente, esse medicamento precisou ser alterado em razão da resistência do vírus a esse tratamento com o AZT, exigindo novas alternativas, como a utilização da terapia medicamentosa combinada, denominada na época como “coquetel”. Esse novo tratamento fez com que a Aids deixasse de ser vista até então enquanto uma sentença de morte e se tornasse uma doença crônica que possuía tratamento a longo prazo (Souza; Teixeira; Oliveira, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da luta do movimento sanitário brasileiro, estabelecendo nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, os princípios de Universalidade e Igualdade em relação a assistência no plano federal. Em 1988, o dia 01 de dezembro foi definido como o Dia Mundial da Luta contra Aids pelo Ministério da Saúde (Cezar; Draganov, 2014). No ano seguinte, em 1989, foi aprovado um importante documento relacionado a epidemia, intitulado Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids com aprovação no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG) na cidade de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul (Brasil, 2022). Esse termo pessoa portadora do vírus da Aids não é mais utilizado atualmente, em razão do estigma, em substituição, a literatura tem indicado o uso de pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2017).

Essa declaração contou com a participação de profissionais da saúde em conjunto com outros membros da sociedade civil em sua criação, com o auxílio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dentre os direitos humanos elencados nesse documento estão o direito à informação a respeito da Aids, direito à assistência e tratamento sem nenhuma restrição e a proibição de submeter alguém ao teste de HIV compulsoriamente (Brasil, 2022).

Nos anos de 1990, ocorreram diversos avanços relacionados aos direitos das pessoas que viviam com HIV/Aids no Brasil. Episódios que marcaram esse período, foram a morte do cantor Cazuza decorrente de causas relacionadas a Aids e a negativa da efetivação de matrícula em uma escola particular de uma menina de cinco anos que vivia com HIV. Esse último caso, ganhou repercussão nacional na época e deu origem a uma portaria entre os ministérios que levou o seu nome (Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92) que tratava da proibição de discriminação nas escolas de crianças que vivem com HIV/Aids (Cezar; Draganov, 2014).

Na década de 1990, diversas ações judiciais foram demandadas por pessoas vivendo com HIV/Aids e por ONGs. Esse foi um “[...] marco importante no processo de requisição, junto ao Poder Judiciário, de prestações a serem disponibilizadas pelo Poder Executivo, em nome da garantia do direito à saúde no Brasil” (Vieira, 2020, p. 26). A disponibilidade do medicamento específico para o tratamento do HIV começou a ser fornecido universalmente e gratuitamente no Brasil em 1991, transformado em um direito legal no ano de 1996 com a Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996 (Ministério da Saúde, 1998; Agostini *et al.*, 2019).

Em 1993, o HIV começou a fazer parte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN). Os avanços dessa década impactaram de modo contundente as taxas de mortalidade por causas relacionadas a Aids, reduzindo em 50% os índices de mortes no ano de 1999. Além dessa redução, as políticas públicas e avanços médicos garantiram um aumento considerável na qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids (Cezar; Draganov, 2014).

Nesse sentido, a partir dos principais aspectos da evolução histórica das políticas de saúde diante do combate ao HIV/Aids no Brasil, pode-se dividi-los em cinco períodos distintos: o primeiro de meados dos anos de 1970 até 1982 denominado de “Pré-história da Aids/HIV no Brasil”, o segundo de 1983 a 1986 chamado de “a Aids/HIV torna-se uma realidade brasileira”, 1987 a 1989 intitulado “o programa nacional de Aids/HIV toma forma”, 1990 a 1992 “a era Collor” e de 1993 até o

momento, chamado de “a partir de 1993: uma nova era” (Marques, 2002, p. 49)

O primeiro período (1970 a 1982) ocorreu antes do conhecimento público e institucional do HIV/Aids no Brasil, convergindo as características da epidemia e da elaboração de estratégias de combate (Marques, 2002). O segundo período (1983 a 1986) foi marcado por diversos acontecimentos como o:

reconhecimento da Aids pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros; instalação das primeiras respostas oficiais à Aids nos estados, tendo como exemplo pioneiro o Programa Estadual de São Paulo; reconhecimento oficial da Aids, pelo governo brasileiro, como um problema de saúde pública, mas sem articular uma resposta nacional de peso à epidemia e indo a reboque dos estados; e articulação das forças sociais e políticas para pressionar o Estado e participar na construção de políticas à Aids/HIV (Marque, 2002, p. 51)

Esse período finalizou com o reconhecimento oficial do Estado do HIV/Aids como um problema de saúde Pública. O terceiro período (1987 a 1989), foi marcado pela efetiva instalação e configuração do Programa Nacional de Aids criado em 1985. Houve nesse momento, a concentração na coordenação nacional das ações que tratavam sobre a epidemia, excluindo os programas estaduais já criados anteriormente, como o de São Paulo, e as ONGs. Porém, com o passar dos anos, as ONGs tiveram atuação significativa nas discussões e questões fundamentais do Programa Nacional (Marques, 2002).

O quarto período (1990 a 1992) aconteceu durante o governo de Fernando Collor, ocorrendo a interrupção no desenvolvimento de uma política nacional efetiva no combate a epidemia do HIV/Aids. Esse espaço de tempo, é considerado um momento obscuro e desastroso em relação a política de saúde diante dessa epidemia. Apesar disso, esse período também foi marcado por um importante acontecimento para as pessoas que vivem com HIV/Aids, a autorização do governo federal para a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais (Marques, 2002).

O quinto período (1993 até os dias atuais) representa o momento de acordos internacionais, como o do Branco Mundial em 1993, que mantiveram recursos para as ações programáticas de combate a epidemia. Essa fase é caracterizada pelo aumento de recursos para implementação de ações e a afirmação de aspectos com viés mais econômicos que sociais na política nacional de combate ao HIV/Aids (Marques, 2002).

Nas décadas seguintes, tem-se nos anos 2000, algumas políticas importantes, como a introdução do Projeto Nascer Maternidades pela Portaria Nº 2104 em 19 de novembro de 2002. Esse projeto surgiu como resposta as transmissões verticais no parto

e a amamentação como incrementador de risco a infecção, proporcionando testes antes dos partos para as mulheres que não conheciam a sua sorologia. Em 2008, foi inaugurada uma fábrica estatal de produção de preservativos no país localizada na cidade de Xapuri – Acre. Em 2010, uma portaria do Ministério do Trabalho e Emprego passou a proibir a testagem de HIV nos casos de admissão, demissão, mudança de cargo ou qualquer outro tipo de ação ligada ao emprego, excetuando casos que buscassem o incentivo a prevenção, voluntária e sigilosa (Cezar; Draganov, 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde passou a indicar em seu protocolo, o início do tratamento com antirretrovirais para todas as pessoas diagnosticadas com HIV, sem considerar para prescrição a carga de CD4. Além dessa mudança, nesse mesmo ano iniciou o projeto piloto da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) que posteriormente passou a ser um dos métodos mais significativos relacionados a prevenção no país e com distribuição gratuita pelo SUS. Um ano depois, em 2014, foi sancionada a Lei N° 12.984, de 2 de junho de 2014, pela então presidente Dilma Rousseff, que tipificou como crime as condutas discriminatórias praticadas contra pessoas que vivem com HIV/Aids, passível de reclusão (1 a 4 anos) e multa (Cezar; Draganov, 2014).

Quatro anos após o projeto piloto, em 2017, o Brasil implementou serviços e começou a distribuição da PrEP no SUS (Brasil, s.d.). Já a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) teve sua inserção no SUS em 1999 (Brasil, 2018). A PEP inicialmente esteve voltada para profissionais de saúde, em casos de acidente de trabalho que trouxesse risco de exposição ao vírus, posteriormente, no mesmo ano de inserção no SUS, foram acrescidas as vítimas de violência sexual e, em 2011, essa profilaxia passou a abarcar qualquer exposição sexual de risco (Fernandes, 2018). A PrEP e a PEP são utilizadas para a prevenção ao HIV, a PrEP é usada antes da exposição por via oral (uso diário ou por demanda) ou injetável (método ainda não disponível no SUS), e a PEP utilizada após a exposição ao vírus, com duração do tratamento de vinte e oito dias, com início antes das setenta e duas horas após a exposição (Brasil, 2022).

Essa construção da evolução histórica das políticas de saúde voltadas ao combate e controle da epidemia do HIV/Aids no Brasil, apresenta fases definidas, com fundamento na construção do conhecimento a respeito da infecção, na atuação de diversos segmentos da sociedade civil e das instituições oficiais (Souza *et al.*, 2012; Villarinho *et al.*, 2013). Torna-se fundamental conhecer esse processo para auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias, que atuem visando determinantes sociais de saúde, relacionados aos direitos humanos, que influenciam na vulnerabilidade a

infecção. A título de exemplo, pode-se citar as políticas públicas que busquem reduzir o estigma construído sobre a infecção e grupos sociais. Essas visões estigmatizantes são reflexos da história da epidemia e, especialmente, dos momentos iniciais, mas que persistem até os dias atuais e influenciam no acesso e permanência a prevenção, diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, as ações preventivas, como o caso da PrEP e PEP em relação ao HIV, tratam-se de “[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (Czeresnia, 2003, p. 4). O fundamento desse discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico, visando “[...] o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos” (Czeresnia, 2003, p. 4). Assim, quando trata-se dessas ações preventivas, voltadas a prevenção de doenças e infecções para a população em geral ou populações-chave, é por meio das políticas públicas de saúde, e de outros setores, que o poder público (Federal, Estadual e Municipal) atua.

Em relação a universalidade das políticas públicas, um dos princípios norteadores do SUS, Nemes *et al.* (2004) preleciona que os resultados desse princípio, como os produzidos pelo acesso universal da Terapia Antirretroviral (TARV), não se mantém, de modo isolado, os resultados a médio e longo prazo. Torna-se necessário à sua articulação com as conquistas referentes à qualidade do cuidado em relação à complexidade tecnológica. Dentro dessa complexidade tecnológica, essa autora, cita “[...] à contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde” (Nemes *et al.*, 2004, p. S312).

Considerando essa compreensão elencada por esses autores, observa-se a importância da incorporação contínua dessas novas tecnologias diante dos diferentes problemas de saúde pública e das características que os circundam. No caso do HIV/Aids, adquire-se contornos pandêmicos e atinge de modo distinto as diversas áreas e grupos do país (subepidemias regionais). Desse modo, incluir nas políticas públicas de prevenção e tratamento ao HIV/Aids, os avanços tecnológicos e científicos desenvolvidos sobre esse tema, possibilita-se efetivar a garantia constitucional do direito à saúde e a efetivação dos diversos direitos humanos diante dessa infecção.

Ademais, precisa-se considerar os aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciam na vulnerabilidade ao HIV/Aids. Nessa perspectiva, em razão desses aspectos da epidemia, necessita-se de uma multiplicidade de estratégias que se adequem a realidade local dos usuários, sua eficiência, segurança e que causem menos danos,

adquiridas a partir do desenvolvimento e atualização dessas ações de saúde. Desse modo, a PrEP e PEP, aparecem como inovações tecnológicas que possibilitam um método de prevenção eficiente a ser utilizado na prevenção combinada.

Assim, para sustentar a universalidade do acesso à saúde e a efetivação dos direitos humanos (direito à saúde e o direito à prevenção), torna-se necessário, dentre outras ações, garantir a prevenção, aconselhamento e a testagem (Reis *et al.* (2008). O princípio da universalidade, indica que o Estado precisa assegurar a assistência à saúde para todos os cidadãos brasileiros nos diferentes graus de complexidade, atenção primária, secundária e terciária (Cerqueira-Santos *et al.*, 2010).

Entretanto, percebe-se uma centralização das ações e serviços voltados às pessoas vivendo com HIV/Aids (Cerqueira-Santos *et al.*, 2010). Esses serviços especializados voltados a essas pessoas, mesmo não necessitando de tecnologias sofisticadas, são centralizados em grandes centros urbanos (Reis *et al.*, 2008). Assim, uma das dificuldades dos pacientes residentes em cidades de pequeno porte relaciona-se ao acesso a esses serviços. Esses obstáculos são produzidos pela necessidade de deslocamento dos municípios que residem para as cidades de maior porte para conseguirem efetivar o seu acesso ao direito humano à saúde através dos serviços de referência do SUS.

Concorda-se com Reis *et al.* (2008), quando esses pesquisadores falam na dificuldade do acesso ao tratamento das pessoas que residem em municípios de pequeno porte, sendo esse um desafio da universalização no acesso aos avanços terapêuticos já alcançados. Assim, “[...] viver em um município menor e mais distante dos lugares que concentram recursos assistenciais é um aspecto que acrescenta maior vulnerabilidade [...]” (Reis *et al.*, 2008, p. 1220) a pessoa vivendo com HIV/Aids.

Compreende-se que essa vulnerabilidade transcende as pessoas vivendo com HIV/Aids nos municípios de pequeno porte. Entende-se que, se esse grupo é vulnerável pela restrição e dificuldade no acesso ao tratamento, que atua como método de prevenção a novos casos (Tratamento como Prevenção - TcP), é possível acrescentar, as populações mais vulneráveis a infecção residentes nos municípios de médio e pequeno porte, pela limitação no acesso a algumas das mais recentes e eficazes, quando combinadas a outras ações, políticas de prevenção ao HIV/Aids, como a PrEP e PEP. Essa vulnerabilidade foi sinalizada pelos usuários dessa pesquisa, ao indicarem diferentes obstáculos individuais, sociais e estruturais para o acesso e a permanência as

profilaxias na capital da Paraíba, como o deslocamento, tempo, questões financeiras, familiares, preconceito e estigma.

Esse entendimento está coadunado com os pensamentos de Ventura (2005), quando trata de um dos pontos importantes de discussão que entrelaça os direitos humanos e o HIV/Aids, que é a socialização do acesso aos serviços de saúde como o atendimento médico, medicação e a assistência à saúde de modo amplo. Essa realidade é dispare das vivenciadas pelos usuários do SUS residentes em cidades de médio e pequeno porte, tendo em vista, as dificuldades existentes para os poderes públicos, população empobrecida e das pessoas mais vulneráveis a infecção quando se trata do alcance aos recursos fundamentais que visam à melhoria da qualidade de vida.

Nesse mesmo sentido, Miranda (2008), coloca essa realidade como um dos desafios a serem enfrentados no que se refere à vulnerabilidade social a infecção pelo vírus do HIV. Ela menciona que é necessária uma diminuição das desigualdades regionais para que ocorra a redução da vulnerabilidade ao vírus, por exemplo, das pessoas que vivem em cidades do interior dos Estados.

Essa visão corrobora com os achados desse estudo, que, através das percepções dos usuários, identificou diferentes barreiras no acesso aos métodos de prevenção ao HIV. Dentre elas, estão o estigma relacionado a infecção, a falta de conhecimento e divulgação de informações e a precariedade de recursos locais (testes rápidos, preservativos) que dificultam a busca, acesso e permanência aos serviços. Esse contexto, demonstra a vulnerabilidade de parcelas das populações dessas cidades a epidemia.

Nesse sentido, a luta contra a epidemia do HIV/Aids, objetiva a garantia de direitos sociais das pessoas que vivem e não vivem com HIV/Aids. Em relação às pessoas que vivem com HIV, a busca é pelo reconhecimento e a efetivação do direito a uma vida digna, e para as que não convivem com o vírus do HIV, trata-se dos direitos humanos relacionados à informação e ao acesso aos meios de prevenção contra a infecção (Miranda, 2008).

Machado (2009), compreende a saúde, como um direito de cidadania, sendo essa uma característica “essencial” no próprio exercício da cidadania. Desse modo, a prevenção ao HIV e o acesso aos seus insumos podem ser entendidos como direitos de todos os cidadãos que devem ser assegurados pelo Estado brasileiro, tanto proveniente da compreensão da saúde enquanto um direito humano fundamental, como em decorrência do próprio direito à prevenção. Esses direitos estão contemplados, dentre

outros, na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, Protocolo de San Salvador de 1988, Constituição Federal de 1988 e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Entretanto, mesmo assegurados, esses direitos humanos, ao acesso universal à saúde e o direito a prevenção para todos os cidadãos brasileiros, existem desigualdades relacionadas ao acesso as estratégias de prevenção ao HIV/Aids em diversas regiões do país. Atualmente, existe um desequilíbrio entre o processo de interiorização do vírus no Estado da Paraíba e a interiorização das políticas de prevenção. Produzindo assim, um desequilíbrio em termos de efetivação desses direitos básicos a determinados cidadãos do Estado brasileiro com residência em localidades distantes das capitais e regiões metropolitanas. Segundo Lima (2019, p. 26) acabar com esse não acesso a bens primários “[...] é objetivo de qualquer sociedade razoável que queira caminhar à finalidade da justiça não apenas formal, mas substantiva (igualitária)”.

Quando se trata sobre o acesso a esses bens primários, Lima (2019, p. 26), afirma ser essa a condição básica para que se tenha uma cooperação social equitativa, “[...] a condição mínima do suprimento das necessidades de subsistência e existência de indivíduos [...] dignos na acepção ampla de moralidade humana enquanto garantia da dignidade de todos”. Esses bens primários podem ser compreendidos como aqueles que necessitam as pessoas em seu status de cidadãos livres e iguais que atuam como membros cooperativos na sociedade. Eles consistem em diversas condições sociais e meios primordiais para o desenvolvimento adequado dos cidadãos para exercício pleno das suas faculdades morais (Fortes, 2018).

Desse modo, esses bens, devem ser garantidos e distribuídos de modo justo aos cidadãos por um Estado democrático constitucional (Fortes, 2018). São, os bens primários, aqueles almejados pelo ser humano moral e racional, dentre eles está incluído a saúde, os direitos civis e políticos, educação e liberdades (Oliveira, 2016). Portanto, considerando o mencionado por Lima (2019) sobre a necessidade de se eliminar o não acesso a bens primários para se caminhar a sociedade a uma justiça igualitária, e o sinalizado por Oliveira (2016) sobre bens primários, incluindo a saúde, observa-se a necessidade de se garantir o acesso à saúde a todos os cidadãos para se caminhar a essa justiça igualitária.

Nesse sentido, para se garantir a justiça é preciso também efetivar o acesso igualitário ao direito humano à saúde, ao qual estão incluídos a informação, prevenção, testagem e o tratamento a infecção pelo HIV em todas as localidades do território

nacional. A expansão dos serviços de prevenção, devem ser considerados diante dos obstáculos elencados por usuários que acessam esses serviços nas capitais dos Estados. É preciso expandir o número de serviços e usuários, por meio de estratégias diversas, como o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para implantação do teleatendimento (TelePrEP²⁹ e TelePEP), que mitiguem as barreiras individuais, sociais e estruturais.

A saúde depende, concomitantemente, de diversas características, dentre elas, individuais físicas e psicológicas e ambiente social e econômico (Dallari, 2009). Nessa perspectiva, a partir da observação do texto constitucional, Vieira (2020) indica um aspecto presente no direito à saúde no Brasil. Segundo esse autor, a garantia e efetivação desse direito não depende apenas de políticas públicas na área da saúde, como o acesso a ações e serviços no campo da saúde, mas necessita de diferentes ações implementadas em diversas áreas sociais e econômicas. Essa diversidade de setores se justifica pelo fato da saúde possuir diversos fatores que contribuem para melhoria no estado de saúde, por isso, as estratégias devem buscar diminuir o risco de adoecimento das pessoas a diferentes agravos, como a infecção pelo HIV/Aids.

Portanto, diferentes fatores incidem na saúde, por essa razão, precisa-se da disponibilidade e implementação de ações e serviços que não limitem-se a área da saúde, para que se chegue ao nível mais elevado de bem-estar físico, mental e social. Trata-se assim, dos determinantes sociais da saúde que abarcam questões sociais, econômicas, étnica/racial, psicológica e comportamental que vão influenciar na vulnerabilidade de ocorrer agravos de saúde, doenças e infecções (Vieira, 2020).

Alguns desses determinantes de saúde são elencados na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde no país. O caput do Art. 3, com alteração da redação pela Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, que adicionou a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde, assenta que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, não paginado).

²⁹ O Ministério da Saúde disponibilizou o “guia para diversificação da oferta de profilaxias anti-HIV por meio de teleatendimento” que aponta propostas sobre a implementação dos serviços da TelePrEP e TelePEP para contribuir com Estados e municípios que queiram implantar esses meios para aumentar a disponibilidade da PrEP e PEP (Brasil, 2024c, p. 7).

Além desse aspecto, Vieira (2020) indica que o direito à saúde, com base no texto constitucional, é o que se refere aos princípios norteadores do SUS. Os princípios norteadores desse sistema, são a universalidade que trata da garantia desse direito a todas as pessoas do país e o da igualdade, que busca a eliminação das formas de discriminação e barreiras que possam dificultar o acesso e permanência dos serviços de saúde (Vieira, 2020). Nesse sentido, considerando-se que a condição de saúde sofre influência de diferentes fatores através dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) (Brasil, 2024b), interferindo no acesso e permanência em serviços de saúde, e os princípios de Universalidade e Igualdade, buscou-se discutir as relações entre desigualdades, direitos humanos, políticas públicas e epidemia do HIV/Aids no subtópico 4.3 “direitos humanos, desigualdades sociais e as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids”.

4.3 DIREITOS HUMANOS, DESIGUALDADES SOCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS

Quando trata-se do enfrentamento a epidemia da infecção pelo HIV, é impossível dissociá-lo dos direitos humanos. Desde o começo da epidemia, o direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e medicamentos foram, e são, bandeiras de direitos humanos. Assim, é justamente por afirmar a dignidade do ser humano, que se justifica, dentre outros, diante da epidemia do HIV, o debate sobre a função social da propriedade intelectual em relação ao direito à saúde (Simão; Barbosa, 2008).

Cabe mencionar, que diversas repercussões negativas à saúde podem ser geradas a partir de violações dos direitos humanos. Essas violações provocam para diversos grupos sociais marginalizado um cenário de risco, dentre esses grupos, temos as pessoas com deficiência, profissionais do sexo, pessoas vivendo com HIV/Aids, populações residentes em cidades de médio e pequeno porte, crianças e adolescentes e outros que sofrem discriminação em razão do gênero, sexualidade, status sorológico, classe social, raça/etnia, pertencimento religioso (Oliveira *et al.*, 2018). Desse modo, essas repercussões podem refletir em uma “vida precária” ao considerar que a sua “[...] manutenção depende, fundamentalmente, das condições sociais e políticas, e não somente de um impulso interno para viver” (Butler, 2015, p. 36).

Assim, considerando-se esse entendimento, torna-se fundamental compreender a relação entre a epidemia do HIV/Aids e os direitos humanos, pois, essa associação

contribui para a compreensão de que a violação de direitos humanos proporciona um aumento na vulnerabilidade e disseminação do HIV (Maia; Rei Júnior, 2019). Desse modo, quando trata-se dos princípios e direitos humanos relacionados à proteção da dignidade das pessoas vivendo com HIV/Aids e relacionados à prevenção da epidemia, Rueff (2007), cita, dentre outros, o direito à saúde, o direito à igualdade e o princípio da não discriminação, o direito à educação e informação, o direito à privacidade, o direito à liberdade, o direito à segurança social, assistência.

A epidemia do HIV/Aids é compreendida atualmente como um grande problema de saúde pública (Brasil, 2017). Mann (1996) menciona uma relação importante entre a saúde e os direitos humanos, a relação intrínseca existente entre a promoção e proteção da saúde, e a promoção e proteção dos direitos humanos. Desse modo, a junção dos conhecimentos produzidos por estudiosos dos direitos humanos e da saúde pública contribuem para a compreensão das causas sociais que estão na pauta da saúde.

Nessa perspectiva, perceber a saúde enquanto um direito humano, requer que os Estados efetivem os cuidados relacionados a uma saúde de qualidade, adequados e acessíveis. Além da promoção de ações que visem intervir em determinantes de saúde, como a garantia da informação e educação, habitação e saneamento (Oliveira *et al.*, 2018). Os direitos humanos e o direito à saúde para serem efetivamente garantidos devem ser vistos sem nenhuma discriminação. Desse modo, a adoção dessa concepção em conjunto com os princípios de universalidade e equidade na saúde, requerem a adequação de práticas ou políticas que tenham algum caráter discriminatório.

Essa visão é fundamental para as estratégias de prevenção e controle do HIV/Aids. Quando se analisa o avanço histórico dessa epidemia em diferentes países, é perceptível a produção de vulnerabilidade a infecção causada pelo vírus do HIV para as populações marginalizadas, estigmatizadas e discriminadas (Mann, 1996). Esse autor cita o caso dos EUA para reforçar e exemplificar esse entendimento. Ele indicou que a epidemia nesse país estava atingindo cada vez mais afro-americanos, latinos e os moradores das cidades do interior.

No Brasil, dentre outros grupos atingidos por essa vulnerabilidade, assim como aconteceu nos EUA, estão os grupos em maior vulnerabilidade ao HIV que residem em cidades de médio e pequeno porte localizadas no interior dos Estados pelo menor acesso aos serviços e bens de saúde. Nesse sentido, alguns usuários que responderam ao questionário dessa pesquisa, perceberam nos municípios que residiam uma falta de divulgação das estratégias e serviços de prevenção ao HIV/Aids (V27), escassez (V2) e

precariedade de serviços disponíveis, como a PEP (V14), a indisponibilidade de insumos, como teste rápido (V1) e preservativos (V26), e a qualidade ruim dos serviços disponíveis em sua localidade (V36). Nesse sentido, percebe-se através desses relatos a vulnerabilidade dos grupos mais atingidos por essa infecção que residem nessas cidades diante das dificuldades em acessar estratégias e métodos de prevenção ao HIV/Aids.

Nesse sentido, a ampliação do acesso a prevenção é essencial, o Ministério da Saúde, considera como ponto primordial dessa expansão a “[...] diversificação na oferta das estratégias de Prevenção Combinada ao HIV” (Brasil, 2024b, p. 6). Desse modo, quando os serviços forem procurados, esses devem possuir disponibilidade de diversas estratégias de prevenção para que os usuários possam escolher as estratégias que mais se adequem aos seus contextos (Brasil, 2017a). Calais e Perucchi (2017), compreendem, que tanto a prevenção, quanto o acesso a insumos, como a PrEP e PEP, são reconhecidos como direitos advindos do reconhecimento da saúde enquanto um direito humano universal a ser garantido pelo Estado.

O entendimento de Terto Jr. e Raxach (2016) segue na mesma direção, baseados nos direitos humanos, indicam a prevenção ao HIV/Aids como um direito. Nesse sentido, o acesso às novas tecnologias de prevenção, devem ser efetivados, para que dessas opções, os usuários em maior vulnerabilidade a infecção, possam selecionar as que mais estão adequadas às suas práticas sexuais. É nesse entendimento, que a “[...] implementação da PrEP deveria se dar com base na garantia do direito à saúde sem qualquer julgamento moral” (Terto Jr.; Raxach, 2016, p. 28).

Desse modo, o princípio do acesso universal igualitário, o qual rege o direito à saúde e os direitos humanos, implica na consideração das diferentes situações em que se encontram as pessoas que vivem com HIV/Aids, acrescenta-se aqui as pessoas que estão em maior vulnerabilidade à infecção, para a criação de políticas públicas. Desse modo, deve-se considerar, dentre outros, a diversidade cultural, social, econômica e geográfica desses grupos destinatários das políticas públicas. Pode-se “[...] falar num direito difuso a um sistema de saúde que conjugue medidas genéricas e medidas específicas (que consideram a especificidade de cada grupo) de combate à epidemia” (Rios, 2004, p. 07).

Necessita-se, perante as diferentes opções e condições de vida dos cidadãos brasileiros, reconhecer o impacto que as desigualdades, dentre elas a regional e econômica, refletem nas ações de proteção à infecção pelo vírus do HIV (Paiva; Pupo; Barboza, 2006). Assim como preleciona Boaventura de Souza Santos e João Arriscado Nunes (2003, p. 48) “[...] defender a igualdade sempre que a diferença gerar

inferioridade, e defender a diferença sempre que a igualdade implicar descaracterização”. Nesse sentido, é fundamental considerar as diferenças que influenciam em uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids para a implementação, atualização e expansão das políticas públicas de saúde.

Considera-se esse contexto sociocultural como dificultador do pleno exercício dos direitos humanos, dentre esses obstáculos, está o acesso as novas tecnologias de proteção ao HIV, tornando-se um produtor de vulnerabilidade estrutural diante dessa infecção (Edmundo, 2008). Nesse sentido, a distribuição e o acesso a PrEP possuem papel significativo na redução dos casos de HIV/Aids, colaborando para a diminuição da epidemia. Portanto, considerando a importância dessa estratégia de prevenção, é preciso criar alternativas para romper com as barreiras estruturais, financeiras e geográficas que impeçam a sua implementação (McCormack *et al.*, 2016).

O tratamento, juntamente com o avanço na implementação e atualização das ações de prevenção ao HIV/Aids, aponta para um progresso no sentido da promoção e garantia dos princípios da universalidade e equidade (Terto Jr.; Raxach, 2016). Nesse sentido, considera-se os preconceitos e estigmas direcionados as populações socialmente marginalizadas, principalmente em relação as associadas com essa infecção no início da epidemia, que persiste até os dias atuais, para que essas políticas não se tornem em necropolíticas, em outros termos, “[...] que alguns grupos e setores da sociedade se outorguem o direito de decidir quem pode ter acesso ou não à bens, aos serviços, e à direitos, como à vida e à saúde plena” (Terto Jr.; Raxach, 2016, p. 07). Refletindo o necrobiopoder visto como “[...] um conjunto de técnicas de promoção da vida e da morte a partir de atributos que qualificam e distribuem os corpos em uma hierarquia que retira deles a possibilidade de reconhecimento como humano [...]” (Bento, 2018, p. 7).

Assim, precisa-se conhecer a epidemia no Brasil, assim como as diversas microepidemias com suas diversidades e características intrínsecas aos seus contextos locais, regionais, econômicos, sociais e culturais; além de revisitar a sua história, realizar mobilização em relação aos direitos do cidadão e defender a solidariedade enquanto um princípio, na busca de combater “[...] a desigualdade no acesso à saúde, e dar fim ao estigma e aos preconceitos que tanto matam, quem sabe, ainda mais do que o próprio HIV” (Terto Jr.; Raxach, 2016, p. 07).

Nesse sentido, a realidade brasileira apresenta desigualdades sociais elevadas entre diferentes grupos de pessoas, como escolaridade, renda, local de residência

(centros urbanos em comparação com cidades médias e pequenas), que provocam disparidades no acesso e permanência em serviços públicos de saúde. Assim, diante do princípio da igualdade, é preciso romper com essas discrepâncias que afetam a garantia do direito humano à saúde por meio da implementação de políticas públicas (Vieira, 2020). Essa autora indica que outro princípio que se deriva desse último, o da equidade, visa tratamentos distintos diante das necessidades para que os usuários consigam ter igualdade nessas políticas públicas, como por exemplo, na distribuição desigual de serviços.

No caso das políticas de prevenção ao HIV/Aids a distribuição desses serviços ficam concentradas a regiões metropolitanas, capitais e municípios maiores. Essa situação restringe o acesso dessa população, nesse sentido, os próprios princípios de Universalidade e Igualdade que são norteadores do SUS são postos a margem dessa conjuntura, colocando em risco a infecção pelo HIV as populações mais vulneráveis residentes nessas localidades. Esse risco decorre tanto no sentido de prevenção anterior a exposição para grupos-chave como homens que fazem sexo com outros homens, e a população em geral, no caso de exposição ao vírus, como relações sexuais sem o uso de preservativos, rompimento do preservativo, violência sexual, situações de acidente de trabalho com profissionais da saúde.

Esse último caso mencionado é responsável por aproximadamente 327 mil novos diagnósticos de HIV em profissionais de saúde no mundo. O risco do profissional de contrair o HIV em um acidente de trabalho vai depender da quantidade do vírus transmitida, que dependerá de qual o tipo de exposição e como estava o paciente, por exemplo, se a pessoa vivendo com HIV estiver realizando o tratamento com antirretrovirais e estiver indetectável, a transmissão não ocorrerá, pois é consenso que indetectável é igual à intransmissível (Lustosa *et al.*, 2021).

Nessas situações, a disponibilidade da PEP em um serviço próximo a localidade é fundamental, já que a medicação deve ser iniciada rapidamente considerando a sua maior eficácia nas duas primeiras horas depois da exposição (Lustosa *et al.*, 2021). Nesse sentido, para reduzir a vulnerabilidade social da infecção pelo HIV, precisa-se descentralizar os serviços relacionados a prevenção, como a PrEP e PEP, e ao tratamento para efetivar uma universalidade e integralidade no acesso a essas políticas (Silva; Nazário, 2023).

A pesquisadora Silva (2022), questiona em sua tese de doutorado em Saúde Coletiva a restrição que existia na época no acesso à PrEP para às populações-chave,

indicando que essa limitação na política de prevenção poderia representar uma contradição ou ruptura em relação ao princípio da universalidade do SUS. Nesse caso, as pessoas que não estavam inseridas nesses grupos-chave não poderiam acessar essa tecnologia, porém apenas pertencer a um desses grupos não é indicativo para utilização da PrEP. Essa autora menciona o caso das mulheres cisgênero que não estavam incluídas nessa política, e em geral também não acessavam a PEP. Entretanto, as diretrizes relacionadas ao público da política foram modificadas, passando em 2022 a ser indicada para qualquer pessoa a partir de 15 anos pesando 35kg ou mais em risco acrescido a infecção pelo HIV (Brasil, 2024a).

Nesse estudo, realizado com residentes dos municípios do interior do Estado da Paraíba, o número de mulheres cisgênero que acessaram a PrEP na capital representaram 25,71% (9) dos usuários e 13,33% (2) dos que já utilizaram a PEP, desse número (2), uma era heterossexual. Desse modo, percebe-se que as mulheres cisgênero não estão completamente inseridas nas políticas de prevenção ao HIV/Aids, sobretudo na PEP.

Nesse sentido, Paula (2020) cita, como também mencionado por Silva (2022), uma pesquisa desenvolvida na cidade de Chicago nos Estados Unidos em 2020, que sinalizou que mulheres cisgênero não sabiam sobre a PrEP, além disso, que esse desconhecimento não era falta de vontade. Nesse sentido, abaixo de um terço das participantes já havia escutado algo sobre esse método e um número maior que o quarto delas demonstraram interesse em utilizar. Dentre as que não sabiam, algumas ficaram surpresas com sua existência, ao passo, que também não gostaram do fato de não terem acesso a essa informação anteriormente, além do espanto ao tomarem conhecimento da disponibilidade desse medicamento desde 2012 no país (Paula, 2020).

Em relação ao acesso à informação sobre a PrEP, notou-se nesse estudo uma especificidade das mulheres cisgênero. A forma predominante de conhecimento da profilaxia por essa população ocorreu através da descoberta da sorologia positiva para o HIV do parceiro, relatado por 7 (V1, V5, V6, V10, V16, V19, V23) das 9 usuárias, representando cerca de 77,77%. Uma (V4) indicou que descobriu esse medicamento através de uma funcionária do hospital e que o seu início ocorreu pelo “Falecimento de um primo de HIV”. A última (V9) conheceu a PrEP ao buscar preservativos e informar que já havia passado por situações de exposição ao vírus (rompimento e retirada sem o seu consentimento do preservativo e por já ter sofrido violência sexual - estupro). Desse modo, observa-se nesse contexto, que as informações da PrEP ficaram restritas as

mulheres cisgênero cujos parceiros receberam o diagnóstico positivo para o HIV ou que acessaram um hospital especializado ou serviços que disponibilizavam estratégias de prevenção.

No Brasil, a política de prevenção ao HIV/Aids fundamenta-se em um modelo calculado, que segundo Silva (2022), ao incluir apenas grupos populacionais específicos, essas estratégias excluiriam outros grupos, produzindo-se fragilidade aos princípios da integralidade e da universalidade. Além desse grupo (mulheres cisgênero), entende-se que essa vulnerabilidade em relação a informação sobre a PrEP e PEP também se aplica as pessoas residentes em cidades de médio e pequeno porte, inclusive, em populações de grupos-chave para essas políticas.

Essa percepção foi confirmada pelos comentários dos usuários dessa pesquisa, como sinalizado por V27 “Tenho pouco conhecimento, não vejo divulgação do serviço”, V15 “Sim, as vezes é falta do conhecimento e informação. As vezes não vai atrás porque não tem informação” e V7 “Poucas pessoas tem acesso a informação Não existe campanhas que mostrem as possibilidades de prevenção”, que indicam a falta de informação sobre o HIV e a divulgação das estratégias de prevenção. Nesse caso, considera-se essa realidade, como rupturas nesses princípios (universalidade e igualdade), já que produzem obstáculos para o acesso e permanência dessas pessoas às políticas de prevenção ao HIV/Aids.

A pesquisa de Castoldi *et al.* (2021) buscou descrever o perfil das 270 pessoas que iniciaram a PEP entre 2015 e 2018. Os dados produzidos por esses autores sinalizaram que os usuários mais frequentes foram jovens adultos (45,4%), homens (74,7%), raça/cor branca (76,3%), alta escolaridade (65,7%) e com múltiplos parceiros sexuais (40,7%). Considerando a qual grupo-chave o usuário fazia parte, o maior número, 49,6% foram de usuários de álcool/outras drogas e de homens que fazem sexo com homens com 38,1%, enquanto o menor acesso foi de 4,8% de profissionais do sexo e 2,2% pessoas transgênero (Castoldi *et al.*, 2021).

Esses dados convergem em parte com os encontrados nesse estudo, os usuários da PrEP que já utilizaram a PEP, eram formados por uma maioria de homens cisgênero com alta escolaridade, e se diferenciam em relação a raça/cor e a faixa etária, a maioria eram pardos e com faixa etária dos 30 aos 49 anos, representando uma população com maior idade do que a encontrada por Castoldi *et al.* (2021).

Em relação a informação sobre essas tecnologias, o desconhecimento presente na população brasileira da existência dessas estratégias “[...] ainda representa uma

grande barreira ao acesso e consecução dessa forma de profilaxia, oferecida pelo SUS” (Castoldi *et al.*, 2021). Considerando-se que 65,7% dos 270 usuários do estudo desses pesquisadores possuíam alta escolaridade, eles sugerem que esse dado pode ser “[...] um indicativo de acesso a informação, sugerindo que pessoas com menos anos de escolaridade se encontram em situação de maior vulnerabilidade, inclusive para a prevenção da infecção pelo HIV” (Castoldi *et al.*, 2021, p. 06). Compreensão que se encontra em acordo com os dados relacionados aos casos diagnosticados de HIV/Aids que apontaram a baixa escolaridade como uma das características atuais dessa epidemia.

Entretanto, apesar dessa vulnerabilidade, as pessoas que mais acessam as profilaxias são as com maior escolaridade. Nesse estudo, 77,14% dos usuários da PrEP possuíam Ensino Médio Completo ou Ensino Superior Completo e 86,67% no recorte desses usuários que já utilizaram a PEP. Esses resultados sinalizam um maior acesso da população com alta escolaridade as profilaxias de prevenção ao HIV na capital do Estado.

Outros trabalhos também sinalizam essas barreiras no acesso a PrEP e PEP. O estudo de Queiroz, Mendes e Dias (2022) indicou dentre as limitações e barreiras no acesso da PEP, o desconhecimento desse método que inviabiliza a procura por essa medicação, à centralização dos serviços de saúde e o estigma presente nos serviços de saúde. Nesse sentido, algumas respostas dos voluntários do presente estudo, apontaram nessa mesma concepção, em relação a PrEP. Observando como obstáculos, o desconhecimento sobre as profilaxias, dificultando a procura (V4, V5, V15), a concentração dos serviços (V2, V4, V14) e o estigma relacionado ao espaço físico do local de atendimento (V8, V9, V10).

Em relação a informação, esses autores, indicaram que o desconhecimento da PEP dificulta o acesso da PEP, inclusive, fazendo com que os usuários procurem serviços após a exposição, mas que não disponibilizam essa medicação, o que pode levar esse indivíduo a ultrapassar as duas horas ideais para início do tratamento, já que precisa procurar múltiplos serviços, podendo inclusive, desistir de procurar outro serviço. Esses pesquisadores constataram que os relatos sobre as informações adquiridas da PEP pelos usuários vinham de seus pares que já tinham realizado o tratamento e não de serviços de saúde ou de profissionais dessa área (Queiroz, Mendes e Dias (2022).

A pesquisa de mestrado em Políticas Pública de Kauss (2017) buscou investigar a implementação da PEP em casos de exposição sexual consentida em um Serviço Especializado em IST/HIV/Aids na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul.

Diante dos dados coletados, surgiram indicações de elementos que provocaram dificuldades e facilidades em relação a implementação desse método no serviço. Dentre as dificuldades elencadas, estão “o baixo conhecimento sobre o Protocolo de PEP” (Kauss, 2017, p. 08) e “as percepções negativas sobre PEP e, também, sobre o comportamento dos sujeitos que acessam a PEP” (Kauss, 2017, p. 127). Essas dificuldades apontam para algumas das barreiras que limitam o acesso a essa política, se de um lado os usuários desconhecem a PEP e a PrEP, de outro, muitos profissionais e estudantes da área da saúde também possuem baixo conhecimento relacionado a esses métodos e aos seus protocolos clínicos.

Essa outra dificuldade destacada, se refere as visões negativas por parte dos profissionais, que refletem uma visão estigmatizada de parte da sociedade diante das pessoas que vivem com HIV/Aids, dos grupos marginalizados associados com a infecção, e a culpabilização do usuário pela infecção, exposição ou pela procura por método preventivo, se estabelecendo concepções negativas diante do acesso a PEP e PrEP e um julgamento em relação as práticas sexuais dessas pessoas. Visões essas que não devem interferir na atuação profissional diante da necessidade de tratamento, entendimento já observado no princípio da Igualdade que preconiza a assistência em saúde que deve ocorrer sem qualquer espécie de preconceito.

Em vista disso, Kauss (2017) menciona que a PEP é enxergada como um incentivo ao abandono de outras formas clássicas de prevenção ao HIV, como o preservativo masculino, e uma visão negativa diante do comportamento dos usuários em utilizar a PEP, construindo a figura do “sujeito reincidente”, que faz uso dessa política reiteradamente. Assim, a banalização desse tratamento, geram ideias erradas na utilização da PEP, como a visão que ela é uma espécie de anticoncepcional de emergência com a utilização de um comprimido depois da exposição ao vírus. Nesse último caso, é indicado que os indivíduos que reiteradamente fazem uso da PEP, passem a utilizar a PrEP. Entretanto, não é cabível que os profissionais de saúde façam qualquer julgamento moral diante do acesso a uma urgência médica, pois, podem afastar essas pessoas do serviço e da prevenção, tornando-as ainda mais vulneráveis ao HIV. O ideal é realizar o acolhimento, aconselhamento e indicação da prevenção combinada.

Desse modo, os elementos negativos provocam “[...] consequências no acesso à estratégia, trazendo prejuízos ao cuidado de si, à preservação da autonomia do sujeito e ao exercício de direitos sexuais” (Kauss, 2017, p. 127). Assim, a implementação dessas políticas de prevenção, choca-se com questões morais dos profissionais de saúde e de

parte da população, que temem a banalização da utilização dessas profilaxias pelos usuários, assim como, a culpabilização desses indivíduos por terem vivenciado situações de exposição ao HIV por via sexual consensual.

Em relação os fatores facilitadores dessa implementação estão a “a percepção da importância da PEP pela maioria dos profissionais” (Kauss, 2017, p. 127) e “o atendimento da PEP como uma emergência médica no SAE” (Kauss, 2017, p. 127). Esses dois elementos mostram-se fundamentais na implementação dessa política, estando em acordo com o estabelecido no Protocolo da PEP do Ministério da Saúde.

A pesquisa de Santos, Schor e Lima (2021) realizada com oito homens profissionais do sexo de 18 a 42 anos da cidade de São Paulo, constatou que o método de prevenção mais utilizado era o preservativo. Esses autores indicaram que os participantes não conheciam a PEP e a PrEP como métodos de prevenção combinada ao HIV. Os pesquisadores Kauss e Leal (2018) em estudo realizado em Porto Alegre - RS com profissionais de diferentes áreas de formação em um serviço de saúde, buscaram acompanhar a implementação da PEP. Esses estudiosos constataram o desconhecimento elevado desses profissionais em relação aos protocolos da PEP.

Assim, esses métodos, PrEP e PEP, mesmo eficazes para a redução do risco de infecção pelo HIV, ainda carecem de mais divulgação e materiais informativos buscando atingir o maior número de pessoas possível. Visando solucionar o desconhecimento sobre a existência, posologia, locais de disponibilidade e quando esse medicamento é indicado (Pereira, 2022). Diante do desconhecimento da população em relação a essas estratégias, mesmo grupos em maior vulnerabilidade a essa infecção, Maksud, Fernandes e Filgueira (2015) indicam a necessidade dos gestores criarem estratégias e divulgação adequada visando socializar essas informações.

Nessa perspectiva, na relação entre epidemia do HIV e os direitos humanos, temos o direito à informação. As informações devem ser promovidas em conjunto com a própria política em saúde, já que para que o usuário acesse um serviço ele precisa saber da existência, localidade e como acessar essas estratégias de prevenção. Desse modo, diante das constatações desse estudo, relacionadas as percepções dos usuários sobre o desconhecimento e falta de divulgação de informações sobre essa infecção, é preciso, implementar estratégias de acesso e divulgação dessas informações nas cidades de médio e pequeno porte da Paraíba, buscando aumentar a literacia em saúde dessa população. Ao serem questionados sobre possíveis estratégias para ampliação da política, dez dos trinta e cinco usuários, cerca de 28,57%, indicaram a necessidade de

mais divulgação como: V8 “Mais informativos nas escolas e nós períodos festivos”, V21 “divulgação dos serviços” e V36 “Divulgação e conscientização entre toda a população”.

O termo utilizado na área da saúde é o de literacia em saúde ou literacia para a saúde, visto como um direito do cidadão decorrente dos direitos humanos, trata-se da capacidade de “usar as competências de aceder, compreender e avaliar a informação em saúde, aplicando-as no dia-a-dia para a tomada de decisão em diferentes contextos, tendo em conta as escolhas possíveis” (Loureiro, 2015, p. 01). Entretanto, a baixa literacia da população influencia no “[...] acesso e compreensão de informações sobre os cuidados com a saúde e prevenção de doenças” (Quemelo *et al.*, 2017, p. 02), assim como geralmente estão associadas com “vergonha e menor capacidade de entender como prevenir doenças e promover saúde” (2017, p. 02).

É preciso ampliar o acesso à informação, possibilitando o aumento da literacia em saúde e aos diversos métodos de prevenção, possibilitando um maior consenso com os princípios da Universalidade e Igualdade no SUS, desde os mais clássicos como os preservativos (femininos e masculinos) e, principalmente, a ampliação em maior grau dos métodos mais recentes como a PEP, PrEP e o Tratamento como Prevenção (TcP). Assim, o conhecimento, acesso e uso adequado dessas ações de prevenção ao HIV/Aids em uma escala populacional são condições fundamentais para que se possa controlar efetivamente a epidemia (Grangeiro *et al.*, 2015).

Considera-se nessa perspectiva, a prevenção ao HIV/Aids e o acesso aos insumos e tecnologias, assim como a implementação de novos avanços nessa área, como um direito, resultante do reconhecimento da saúde e da prevenção como matérias de direitos humanos. Entendimento sinalizado por Barbosa (2020b) ao tratar sobre o direito a prevenção como parte do arcabouço dos direitos humanos, indicando a repercussão desse direito nas políticas públicas de prevenção aos diversos problemas de saúde pública, dentre eles, os comportamentos suicidas (ideação, tentativa e o suicídio consumado) e ao HIV/Aids. Desse modo, é necessário o desenvolvimento e implementação de programas que busquem combater fatores sociais que afetem negativamente a saúde das pessoas, sobretudo as que estão em contextos de desigualdades e vulnerabilidades aos agravos em saúde (Princípios de Yogyakarta, 2006).

Nesse sentido, compreende-se a necessidade de se considerar as ações de prevenção ao HIV/Aids e suas inovações tecnológicas como um direito de todos os

brasileiros a partir do reconhecimento do direito à saúde e à prevenção como decorrentes dos direitos humanos, independentemente de qualquer característica, como gênero, orientação sexual, classe social ou município de residência. Essa concepção encontra aporte nos documentos internacionais (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Protocolo de San Salvador) que foram incorporados no ordenamento jurídico interno, na própria Constituição Federal de 1988 e nos princípios do SUS (Universalidade e Igualdade).

Desse modo, considerando-se o acesso as estratégias de prevenção ao HIV/Aids, como parte dos Direitos Humanos, buscou-se apresentar no subtópico 4.4 “epidemia de HIV/Aids na Paraíba e o acesso às políticas públicas de prevenção”, o contexto do Estado da Paraíba relacionado a epidemia do HIV/Aids e ao acesso as profilaxias em comparação com os dados em nível nacional (apresentados no subtópico 3.3 “prevenção combinada: a importância e eficácia da PrEP e da PEP”) e com os achados dessa pesquisa, discutindo as suas diferenças e apontando um contexto local distinto e com um perfil epidemiológico com características diversas.

4.4 EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA PARAÍBA E O ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO

O Estado da Paraíba localiza-se na Região Nordeste do Brasil e possui como capital a cidade de João Pessoa. De acordo com o último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, a sua população é de 3.974.495 pessoas, com densidade demográfica de 70,39 habitante por quilômetro quadrado, com rendimento domiciliar mensal per capita de 1.096 reais e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,698. O Estado é formado por 223 municípios com uma área de 56.468,435 km², fazendo divisa com Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará e limite com o Oceano Atlântico (IBGE, 2022).

Na Paraíba, o primeiro caso de Aids foi notificado em 1985 (Miranda, 2012). Esse período foi marcado pela atuação de ONGs no Estado, desde os primeiros casos notificados na década de 1980. Nesse momento, com o aumento do número de casos, organizou-se estratégias para combater e controlar a expansão da infecção por meio de ações concretas para efetivar o acesso a saúde das pessoas que viviam com HIV/Aids (Oliveira, 2013).

Nesse período, nos anos de 1980, o conhecimento da população sobre essa infecção chegou inicialmente por meio da mídia, sobretudo a televisiva, que através da omissão dos órgãos públicos brasileiros de saúde, que deveriam atuar na transmissão de informações seguras sobre prevenção, saúde pública e enfrentamento a infecção, transformou a temática em um objeto de estigma e preconceito (Medeiros, 2007). Nesse momento, eram divulgadas pela imprensa brasileira diversas notícias sobre a Aids, momento em que a mídia adotou termos discriminatórios, dentre eles, os conceitos de grupo de risco e promiscuidade (Oliveira, 2013)

Visando combater o preconceito e a discriminação direcionados as pessoas vivendo com HIV/Aids nesse período, de 1985 a 1989, ocorreram diversos protestos organizados por movimentos sociais, iniciando assim o desenvolvimento de diversas organizações que tratavam prioritariamente da Aids, como o “[...] Grupo de Apoio e Prevenção à Aids-GAPA; Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA; Grupo de Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids - Pela Vidda [...]” (Oliveira, 2013, p. 23), essa última organização, Pela Vidda, foi a primeira organização formada por pessoas vivendo com HIV/Aids do Brasil.

Nesse sentido, a história do combate à epidemia na Paraíba, assim como a nacional, contou com a participação de diversos grupos da sociedade civil. Em 1995 surgiu a Rede Nacional de Apoio às Pessoas que vivem com HIV e Aids (RNP+CG) na cidade de Campina Grande. Essa ONG foi a primeira organização não governamental do Estado a tratar sobre a temática do HIV/Aids. O grupo foi constituído inicialmente com dez pessoas que viviam com HIV, que estavam na realização do V Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids organizado pelo grupo Pela Vidda (Oliveira, 2013).

Durante a primeira metade da década de 80, os casos de HIV/Aids tinham sua concentração em regiões metropolitanas dos Estados do sudeste do Brasil, chegando na Paraíba anos depois. Ao final dessa década e início dos anos 90, houve uma descentralização dos casos das metrópoles e da região sudeste, atingindo os Estados que não se localizavam nessa região geográfica e em cidades de médio e pequeno porte (Brasil, 2003).

Trata-se do processo de interiorização da epidemia do vírus do HIV. Szwarcwald (2000), quando tratou da epidemia dos anos 1987 a 1996, afirmou que nunca houve uma ampliação tão considerada de municípios abrangidos pela epidemia, o que impedia uma determinação de regiões específicas para a intervenção de políticas públicas, exigindo-

se uma abrangência muito maior das intervenções de prevenção que vão além das capitais e dos grandes centros urbanos. Nesse sentido, ocorreu uma dificuldade no enfrentamento por parte dos municípios de pequeno e médio porte, já que, geralmente, possuem a sua disposição menos recursos no âmbito da saúde e em recursos comunitários.

Assim, diante desse contexto, surgiu uma das grandes dificuldades relacionadas à epidemia do HIV que é a prevenção e o tratamento dessas populações, justamente, por residirem em municípios distantes das grandes cidades, possuindo menos assistência de programas, serviços e ações de saúde. Esse processo indicou a necessidade de estratégias mais abrangentes de prevenção a infecção para que se consiga controlar através dessas ações a difusão do vírus do HIV (Clementino; Silva; Souza, 2017).

Essas autoras em trabalho mais recente publicado sobre a interiorização do HIV na Paraíba, publicado em 2017, citam esse processo como uma característica atual da epidemia do HIV. Elas esclarecem que nos anos 80, no surgimento dos primeiros casos, a epidemia estava concentrada em metrópoles, regiões centrais e mais populosas, atualmente, está presente na realidade de pessoas residentes em municípios de pequeno porte do Estado, regiões mais pobres e que possuem poucos recursos para o enfrentamento das questões relacionadas ao HIV/Aids (Clementino; Silva; Souza, 2017).

Essa é uma das questões da epidemia atual, que diante da presença do vírus nesses municípios do interior do Estado da Paraíba, exigem estratégias que através da sua capilaridade (como a Atenção Primária³⁰) ou pela capacidade de reduzir obstáculos geográficos no acesso e permanência (como o teleatendimento) podem aumentar o acesso às profilaxias dos grupos em maior vulnerabilidade dessas localidades, contribuindo para a prevenção e redução do risco à infecção pelo HIV.

Nesse mesmo sentido, Miranda (2012) indicou a necessidade de estudos que busquem avaliar o processo de interiorização do vírus nas cidades de médio e pequeno porte da Paraíba. Diante dessa compreensão, a pesquisa de Furtado *et al.*, (2016) foi desenvolvida em 41 municípios da Paraíba com menos de 11.000 habitantes, representando 66% das cidades do Estado. O estudo desses autores contou com a

³⁰ O “guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde” do Ministério da Saúde busca orientar gestores e profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde a como ofertar essa profilaxia (PrEP) aos usuários (Brasil, 2024d, p. 8). Esse documento aponta que essa disponibilização nesses serviços não consiste somente como sua atribuição, mas atua como um espaço para oferta do cuidado integral relacionado a saúde sexual.

participação de 789 pessoas com idades de 18 a 90 (média 42 anos), 180 homens e 608 mulheres. O perfil dos participantes foi composto de pessoas de 30 a 59 anos, casadas, agricultores, com baixa escolaridade e renda (Furtado *et al.*, 2016).

No estudo desses pesquisadores, 60% dos participantes mencionaram não utilizar nunca preservativos e tinham um nível moderado de preocupação com a Aids, entretanto, avaliavam um nível baixo para contrair HIV em suas relações sexuais e 85% indicou nunca ter pensado que poderia ter contraído essa infecção (Furtado *et al.*, 2016), demonstrando-se a vulnerabilidade dessa população a infecção pelo HIV. Os autores identificaram que a baixa escolaridade, renda e a escassez de unidades de saúde com serviços voltados para a testagem e aconselhamento, dificultam a prevenção da população das cidades de pequeno porte da Paraíba. Em relação as informações, eles mencionaram que não apenas o acesso a informação é afetado nesses casos, mas também a própria incorporação adequada da informação é afetada pela baixa escolaridade e renda (Furtado *et al.*, 2016).

Nessa mesma perspectiva, a pesquisa produzida por Saldanha (2011) com a participação de adolescente da Paraíba, buscou averiguar os comportamentos sexuais e as práticas de cuidado. Esse pesquisador indicou um baixo conhecimento/informação dessa população em um contexto rural, além da menor utilização de preservativos nas relações sexuais estáveis. Alguns dos adolescentes participantes do estudo de Saldanha (2011) mencionaram a infecção pelo HIV como uma coisa do destino.

Esse baixo conhecimento também foi encontrado na percepção dos usuários dessa pesquisa, em relação a população das cidades do interior da Paraíba, como a resposta de V8 “Meu receio é por as pessoas não entenderem o assunto já criam uma discriminação por não saberem o que é” e V9 “Eu acho que ta precisando de mais informação, ninguém conhece isso ai não meu filho. Só conheci porque fui pegar camisinha”. Além do estigma, preconceito e discriminação relacionados ao desconhecimento sobre a infecção, esse fator também pode interferir negativamente com a falta de informação ou positivamente com a aquisição a ela, no acesso (Pereira, 2024) e na permanência nas estratégias de prevenção ao HIV (Avelino-Silva *et al.*, 2022).

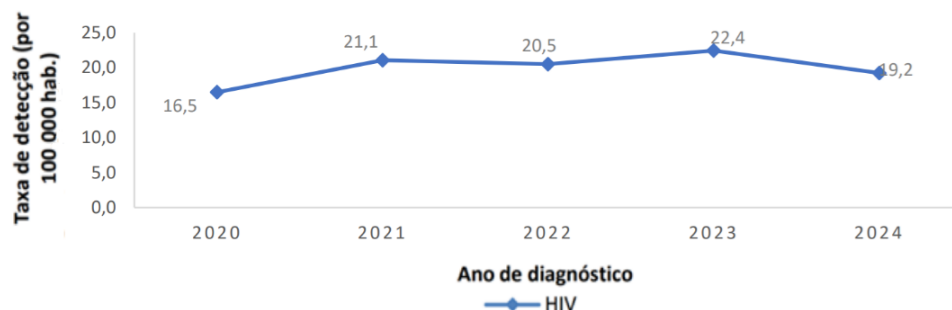
Nesse sentido, considerando as desigualdades sociais, compreende-se que na Paraíba, existem diversas epidemias do HIV/Aids nos mapas das macrorregiões do Estado (Pereira, 2016). Essa autora indicou uma maior transmissão da infecção nos municípios com mais ofertas em relação aos serviços de saúde. Entretanto, aponta que a

partir da espacialidade dos casos notificados nas macrorregiões da Paraíba, existe uma tendência de interiorização dessa epidemia no Estado. Essa percepção foi indicada por Sousa, Suassuna e Costa (2009) em seu trabalho que objetivava definir o perfil epidemiológico das pessoas diagnosticada com HIV/Aids com atendimento no Hospital Dr. Clementino Fraga localizado em João Pessoa – Paraíba. Os dados do trabalho foram coletados por esses pesquisadores no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), prontuários dos usuários e os bancos de dados SINANW e do SINAN NET. Ao todo, esses autores, coletaram 20 casos entre 1 de janeiro de 2004 e 28 de fevereiro de 2008.

A maioria dos diagnósticos ocorreram em pessoas heterossexuais e com baixo nível de escolaridade (Sousa; Suassuna; Costa, 2009). Dessas pessoas, 90% possuíam residência em cidades do interior, indicando que homens e mulheres com idade superior a 59 anos estavam mais vulneráveis ao HIV e a maior parte deles vinham de municípios do interior da Paraíba. Esses autores indicaram que esses achados confirmaram uma tendência de interiorização do HIV/Aids na Paraíba, já em desenvolvimento nos últimos anos (Sousa; Suassuna; Costa, 2009). Demonstrando-se a importância de se empreender esforços diante desse processo através de estratégias que busquem reduzir as vulnerabilidades dos grupos mais atingidos pelo vírus nessas localidades, considerando-se as peculiaridades e especificidades dessa população e do contexto regional.

Na Paraíba, atualmente, 9.376 pessoas vivendo com HIV estão em tratamento com antirretrovirais. São quatorze serviços em todo o Estado com distribuição do medicamento mensalmente. No Estado foram diagnosticados 4.047 casos de HIV entre os anos de 2020 a outubro de 2024. Apenas em 2024, até o mês de outubro, foram 781, representando uma diminuição de 14,27% dos casos ocorridos em 2023 até o mês de novembro, 911 (Paraíba, 2024). Observa-se um crescimento considerável de 2020 para 2021 e uma oscilação entre 2021 e 2024. Essa evolução dos casos de HIV na Paraíba por x mil habitantes estão representados no gráfico 4.

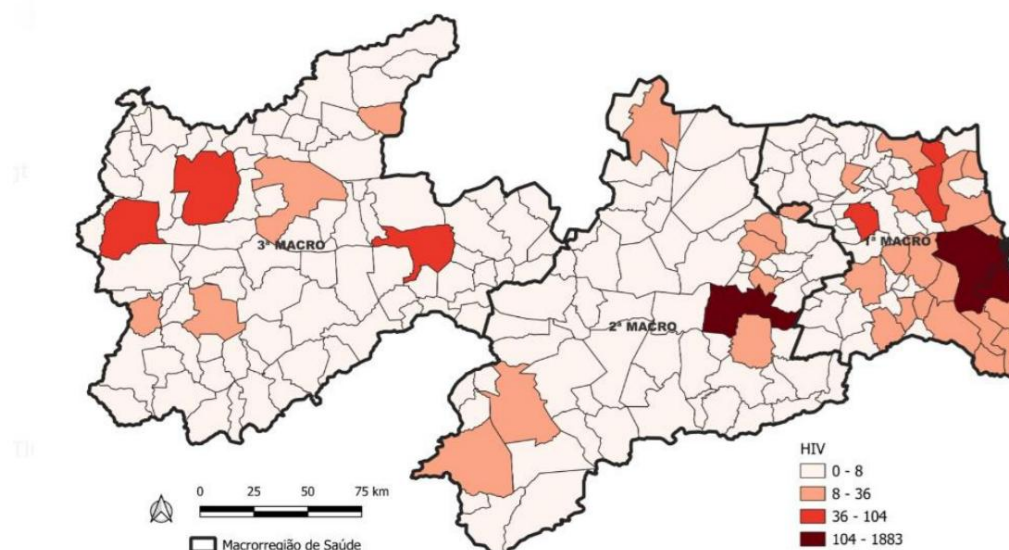
Gráfico 4 – Taxa de detecção de casos de HIV (por x100 milhab.), segundo ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024.



Fonte: Gráfico adaptado do Boletim Epidemiológico do Estado da Paraíba, 2025.

Esses casos relatados demonstram o processo de interiorização do vírus no Estado, quando observa-se no mapa 2 os municípios em que os diagnósticos foram notificados entre os anos de 2020 e outubro de 2024. Demonstrando-se a presença e abrangência geográfica da epidemia nos municípios de médio e pequeno porte do interior da Paraíba.

Mapa 2 – Distribuição de casos de HIV, notificados por Município de Residência e ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024



Fonte: Gráfico retirado do Boletim Epidemiológico do Estado da Paraíba, 2024.

Entre os doze municípios com mais casos notificados na Paraíba em 2024 até o

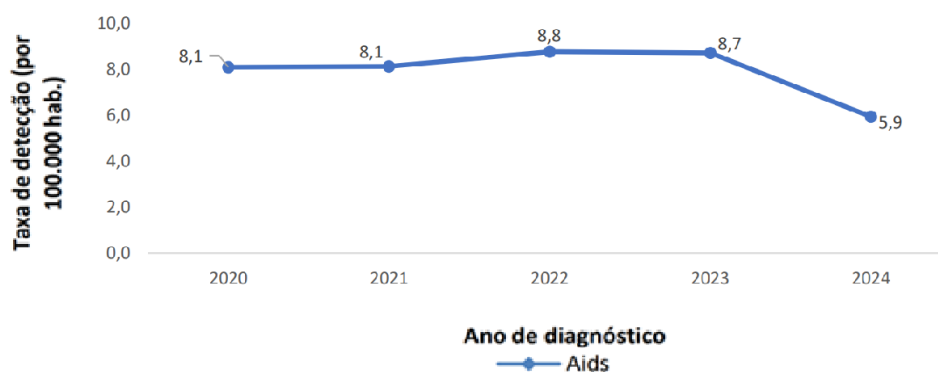
mês de outubro, retirando João pessoa (líder do ranking), das onze cidades, oito foram citadas como residência dos usuários dessa pesquisa que utilizavam a PrEP na capital, incluindo o segundo, terceiro, quarto e quinto lugares, representando 72,72% dos municípios nessa lista, desconsiderando João Pessoa. Essas oito cidades foram responsáveis por 177 dos 781 casos no ano de 2024 no Estado, aproximadamente 22,66%.

Esses dados reforçam a importância da expansão do número de usuários e das estratégias de prevenção nessas localidades. O número de usuários residentes em cidades do interior que acessam os serviços de prevenção na capital, não representa a real demanda dessa população. Enquanto alguns conseguem chegar e permanecer no serviço, mesmo com dificuldades, como: “Transporte, horário da minha cidade até João Pessoa, valor gasto” (V5) e a “barreira e que quando você tem tempo disponível e bom, mais quando você trabalha fica difícil eu só uma delas” (V6).

Outros não conseguem acessar em razão de diversos obstáculos, como os indicados por usuários dessa pesquisa, ao afirmarem conhecer pessoas dessas regiões que desejavam iniciar na profilaxia, mas não conseguem por diferentes motivos como: “Teve pessoas que deixou de vir porque é longe. Acredito que é por tudo isso, a distância, dinheiro e o stress” (V9) e “sim, por disponibilidade de tempo (por causa do trabalho) e de dinheiro para arcar com os gastos” (V14). Nesse sentido, essas respostas sinalizam a necessidade de políticas que busquem mitigar essas barreiras no acesso e permanência das populações em vulnerabilidade do interior do Estado.

Em relação aos casos de Aids no Estado, ocorreram 781 casos diagnosticado no ano de 2024 até o mês de outubro, representando uma diminuição de 14,27% (130 casos) do ano anterior (911 casos). Os dados de detecção por x mil habitantes, demonstraram uma redução iniciada no ano de 2020 com 8,1 para 5,9 diagnósticos em 2024 (Paraíba, 2024). Essas informações, por x100 mil habitantes, estão representadas no gráfico 5.

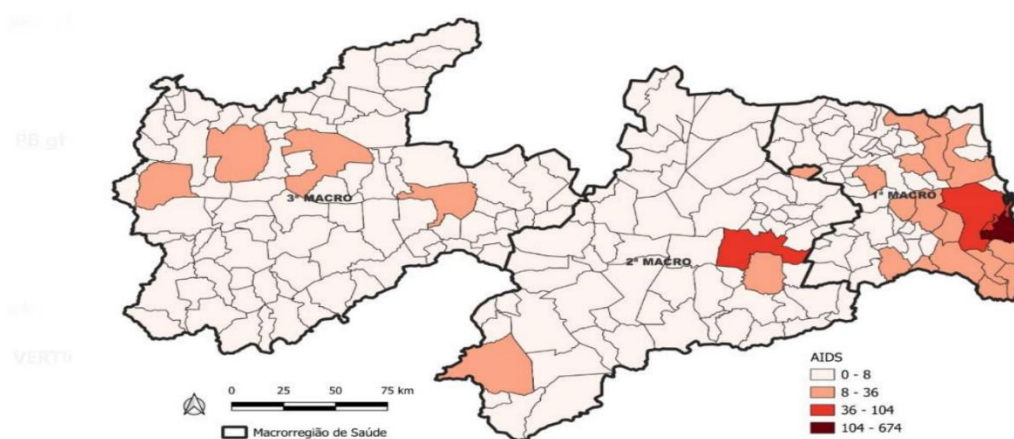
Gráfico 5 – Taxa de detecção de casos de Aids (por x100 milhab.), segundo ano de diagnóstico. Paraíba 2010 a 2024



Fonte: Imagem adaptado do Boletim Epidemiológico do Estado da Paraíba, 2024.

No mapa 3, observa-se a distribuição dos casos de Aids diagnosticados na Paraíba por cidade de notificação de 2020 a 2024. Nota-se, assim como os casos de HIV, porém, em menor escala, a presença geográfica dessas notificações nos municípios Estado.

Mapa 3 – Distribuição de casos de Aids, notificados por Município de Residência e ano de diagnóstico. Paraíba 2020 a 2024



Fonte: Gráfico retirado do Boletim Epidemiológico do Estado da Paraíba, 2024.

No que se refere aos casos de Aids na Paraíba notificados em 2024 até o mês de outubro, João Pessoa foi o município responsável pelo maior número de diagnosticados. As outras seis cidades que seguem nessa lista, de notificações de novos casos, cinco,

cerca de 83,33%, dentre elas o segundo, terceiro e quarto lugares, foram mencionadas como moradia dos voluntários dessa pesquisa que acessavam a PrEP em um serviço especializado na capital. Essa relação, corrobora para a compreensão da necessidade de abrangência dessas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids nos municípios de médio e pequeno porte. Além disso, observou-se que os diagnósticos entre 2020 e 2024, foram predominantes na faixa etária de 30 a 39 anos, por volta de 29,8%. Essa faixa etária, coincidiu com a maior parte dos usuários desse estudo, cerca de 37,14% da amostra, indicando que as pessoas nesse intervalo de idades eram as que mais acessavam a PrEP nesse contexto.

A PrEP teve sua disponibilidade iniciada no SUS no Hospital Clementino Fraga em João Pessoa, ficando restrito a essa cidade até o ano de 2020. Diversos atores estiveram envolvidos durante os procedimentos de incorporação dessa política na capital do Estado como “gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas” (Matias; Franch; Silva, 2022, p. 76). Considerando-se o processo de interiorização do HIV/Aids como uma característica atual da epidemia na Paraíba, iniciou-se, após a incorporação da PrEP no Estado por meio da capital, o debate relacionado a necessidade da expansão dessas políticas públicas de prevenção para outras regiões, visando interiorizar esses métodos de prevenção.

Nesse sentido, Matias (2019), mencionou a discussão dessa temática, em uma reunião realizada em novembro de 2018, entre a Secretaria de Saúde do Estado e movimentos sociais sobre as políticas de Aids no Estado. Esse autor indicou a ampliação e interiorização da PrEP na Paraíba como uma das pautas da reunião, objetivando diminuir a centralidade/concentração existente na dispensa desse medicamento em um único serviço na capital do Estado no Hospital Clementino Fraga. Esse processo de descentralização era indicado para ser realizado pelas intuições de responsabilidade do Governo da Paraíba.

Entretanto, apesar dessas discussões sobre a expansão da estratégia para cidades do interior do Estado, o serviço ficou disponível apenas a capital até o ano de 2020 no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas - Dr. Clementino Fraga. Atualmente o painel de monitoramento da PrEP indica seis unidades dispensadoras desse medicamento localizadas em quatro municípios. Essa realidade paraibana produz na percepção dos usuários desse estudo, diversas barreiras no acesso a essa estratégia de prevenção e sua utilização na prevenção combinada por moradores das cidades do interior, principalmente os mais pobres e de cidades mais distantes da capital e das

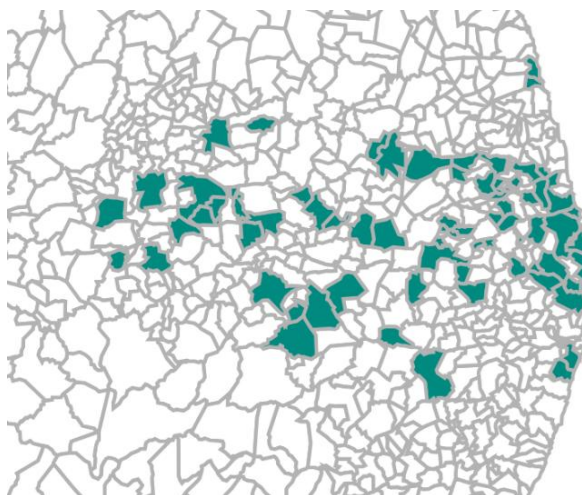
outras unidades de dispensa. Nesse sentido, diversos obstáculos individuais, sociais e estruturais, foram sinalizados como responsáveis por dificultar o acesso e a permanência nesse serviço

No Estado, de 2018 até 30/04/2025, 2.334 pessoas iniciaram a PrEP. Ao longo dos anos o número de usuários que realizaram ao menos uma dispensa aumentaram: 83 em 2018, 159 em 2019, 163 em 2020, 282 em 2021, 505 em 2022, 1.010 em 2023, 1.357 em 2024 e 1562 em 2025. Esse crescimento na Paraíba ocorreu de modo mais lento do que o nacional. A limitação das unidades de dispensa, variedade dos tipos de serviços, número reduzido de dispensa por profissionais de saúde não médicos (enfermeiros e farmacêuticos) e a concentração dos usuários do Estado em um único serviço localizado na capital até 2020, podem ser fatores que influenciaram na limitação do crescimento da quantidade de usuários, coincidindo o período do aumento dos municípios e serviços de dispensa com o aumento dos usuários de 2020 a 2025 (Brasil, 2023).

O número de usuários que realizaram pelo menos uma dispensa da PrEP nos 12 meses, 30/04/2024 a 30/04/2025, foi de 1.562 pessoas, desses 1.071 eram usuários e 204, 31% do total, havia descontinuado o uso. Em 2025, 491 pessoas iniciaram essa profilaxia (Brasil, 2023). Desse modo, presume-se a importância dos serviços públicos com a disponibilidade desses métodos de prevenção para o controle da epidemia, em que a expansão dos municípios e serviços de dispensa, podem ter contribuído para o aumento dos usuários no Estado.

No mapa 4, é possível observar os municípios de residência dos usuários da PrEP que faziam uso dessa medicação no Estado da Paraíba em 2023.

Mapa 4 – Distribuição dos usuários por município de residência - Paraíba



Fonte: Imagem retirada da página de acervo do Ministério da Saúde, 2023.

Desses atendimentos 97% aconteceram na rede pública e 3% na rede privada. Atualmente, seis serviços estão disponíveis. Nesses serviços, foram dispensadas 1.486 unidades da PrEP em 2023, de 2018 a 2023 foram 4.403 unidades. Um dado relacionado às dispensas anuais da PrEP chama a atenção, em 2020, durante o pico do número de casos de COVID-19 no Brasil, a Paraíba contava com apenas um serviço de dispensa da PrEP e que também atuava como referência para o COVID-19, ocorreu uma queda de 490 unidades dessa profilaxia em 2019 para 303 em 2020. Realidade distinta da encontrada nacionalmente, em que o número de unidades dispensadas em 2020 de 73.127 representou um crescimento de 89,75% das unidades já dispensadas nos anos anteriores 2018 (21.972) e 2019 (58.696) somadas. (Brasil, 2023).

Diferente do cenário nacional, na Paraíba os profissionais que prescreveram a PrEP, foram quase 100% de médicos entre 2018 e 2022. A partir do ano de 2023, o percentual de outros profissionais da saúde que começaram a prescrever essa profilaxia no Estado aumentou: 2023 (médicos 96,63% e 3,37% enfermeiros), em 2024 (89,7% médicos, 9,53 enfermeiros e 0,76% farmacêutico) e em 2025 (86,36% médicos, 12,38% enfermeiros e 1,26% farmacêuticos). No Brasil, em 2023, os médicos representaram 65% das prescrições, enquanto os enfermeiros foram responsáveis por 32% dessas dispensas, em 2025, os médicos passaram a representar 51,58%, enfermeiros 41,28% e farmacêuticos 6,58% (Brasil, 2023). Acredita-se que o aumento da participação de outros profissionais da saúde não médicos, como enfermeiros, farmacêuticos e dentistas nesse processo de prevenção ao HIV podem contribuir para o crescimento do número de serviços e usuários e para o processo de interiorização dessa política de prevenção a essa infecção.

No caso dos usuários que descontinuaram a PrEP na Paraíba nesse período de 12 meses, a faixa etária com maior índice de descontinuação, assim como a nacional, foi entre as pessoas de 18 anos a 24 anos de idade com 49%, número aproximado a taxa nacional nessa faixa etária (50%), entretanto, no Brasil, a faixa etária com maior índice de descontinuidade foi em menores de 18 anos com 71%. Os grupos que apresentaram maiores porcentagens no Estado foram mulheres cisgênero (41%), mulheres transexuais (38%), travestis (33%) e homens heterossexuais cisgênero (31%). Perfil diferente do nacional, enquanto na Paraíba os maiores índices de descontinuidade foram em mulheres cisgênero e mulheres transexuais, no nacional, são mulheres cisgênero e homens heterossexuais cisgênero. Considerando a raça/cor foram preta com 34%,

branca/amarela com 33%, parda com 31% e indígena com 31% (Brasil, 2024b).

Assim como o nacional, o perfil da Paraíba é marcado por pessoas com maior grau de escolaridade (76,66% com 12 anos ou mais de escolaridade), Gays e outros Homens que fazem Sexo com Homens (78,99%), possuía entre 30 e 39 anos (43,6%), o que se diferencia é a raça/cor que é predominantemente parda (64,71%). A maioria dos usuários são Gays/HSB representando 76,66%, seguido homens heterossexuais cisgênero com 8,78%, mulheres cisgênero com 5,6%, mulheres transexuais com 3,64%, Homens trans 2,33%, Não-Binários 0,47% e Travestis 0,2% (Brasil, 2024b).

Essa realidade em relação a escolaridade, tanto da Paraíba quanto a nacional, coadunam com as pesquisas de Castoldi *et al.* (2021) que faz uma associação entre escolaridade, informação e a utilização da PrEP. Esses autores indicaram através dos seus dados que uma maior escolaridade pode ser associada ao conhecimento sobre a PrEP e PEP e, por isso, são a maioria na utilização dessas políticas. Essa indicação foi averiguada nos resultados da presente pesquisa, em que 80,00% dos usuários da PrEP e 86,67% no recorte desses usuários que já utilizaram a PEP, possuíam Ensino Médio Completo ou escolaridade superior, demonstrando um maior acesso dessa população em comparação aos seus pares com menor escolaridade na Paraíba. Nesse sentido, as pessoas com menos anos de escolaridade são mais vulneráveis no acesso à prevenção e ao HIV, o que está em acordo com os estudos de Rodrigues-Júnior e Castilho (2004), Gabriel, Barbosa e Vianna (2005), Gabriel, Barbosa e Vianna, 2005 e Costa *et al.*, 2023 que indicaram uma baixa escolaridade nas pessoas diagnosticadas com HIV/Aids.

No que concerne a faixa etária dos usuários da Paraíba, o maior número de pessoas tinham de 30 a 39 anos (43,6%), seguido de 25 a 29 anos (22,6%), de 40 a 49 anos (19,4%), de 18 a 24 anos (8,2%), acima de 50 anos (6,0%) e menores de 18 anos (0,2%). Em relação à escolaridade, a maioria possuía 12 ou mais anos de estudo com 64,96% do total e 21,98% de 8 a 11 anos (Brasil, 2024b). Conhecer esse perfil dos usuários é fundamental para compreender quais as populações estão acessando as profilaxias, quais estão descontinuando ou não estão chegando ao serviço para, através de políticas públicas, proporcionar meios que possibilitem uma maior abrangência dessas estratégias. Nesse sentido, esses dados podem contribuir na construção e fortalecimento dessas políticas (Rodrigues *et al.*, 2020), além de “[...] auxiliar os serviços de saúde na identificação e acompanhamento da população com maior vulnerabilidade[...]” (Barros *et al.*, 2014, p. 343) a infecção pelo HIV e em possíveis adequações das práticas de saúde (Assis; Shimoya-Bittencourt, 2012).

Diferentemente do perfil nacional, em relação à raça/cor, enquanto a maioria é branca (54,58%) na nacional, na Paraíba a maioria são pardos com 64,71% seguido por branco/amarela 28,1% (Brasil, 2024b). Alguns dados não estão mais disponíveis nesse ano, como a utilização de preservativos e a adesão a PEP. Em relação aos usuários de 2019, 1.273, a maioria, 76%, indicaram ter tomado todos os comprimidos e 20% tiveram algum evento adverso nos primeiros 30 dias (Brasil, 2019). Esses resultados são importantes, pois a eficácia da PrEP está relacionada diretamente com a adesão ao tratamento.

Em relação à indicação do uso de preservativos, no primeiro e último encontro, a Paraíba também apresentou uma diminuição, sendo ela maior que a nacional, no primeiro encontro 16% afirmaram usar preservativos em todas as relações, sendo esse percentual a metade do nacional. No último encontro, esse número caiu para 0%, ou seja, nenhum usuário afirmou usar preservativos em todas as relações sexuais, já os que não usavam nenhuma vez subiu de 5% para 9%, e em menos da metade das vezes subiu de 5% para 34% (Brasil, 2019).

Esse é um dado alarmante, principalmente por ser a PrEP uma medida que deve ser combinada com outras ações de prevenção, como o preservativo, e não ser utilizada como único método. Nota-se nesse contexto, a relevância da informação e do aconselhamento dos profissionais de saúde durante os atendimentos sobre os riscos dessa prática (não uso dos preservativos em relações sexuais), sobre a estratégia da prevenção combinada e os métodos disponíveis.

Na Paraíba, quinze cidades possuem disponíveis a PEP: João Pessoa, Campina Grande, Guarabira, Patos, Princesa Isabel, Cajazeiras, Catolé do Rocha, Monteiro, Piancó, Cuité, Sousa, Taperoá, Santa Luzia, Picuí e Cubati. Diferente da PrEP, o tipo de serviço com maior dispensa é a Atenção Primária, em 2025, representou 73,02%, seguido por Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) com 15% e serviços especializados com 11,43%. A dispensa foi realizada apenas por médicos de 2018 a 2021, em 2022 (0,06%) e 2023 (0,05%) foram prescritos por enfermeiros, representando 2,2% em 2025. O tipo de serviço diverge do nacional, que apresentou uma diversidade maior, incluindo, o teleatendimento, além da maior participação de enfermeiros e farmacêuticos na prescrição desse medicamento (Brasil, 2025; Paraíba, 2024). Desse modo, a diversificação do tipo de serviço e dos profissionais não médicos na prescrição, podem proporcionar a diminuição dos obstáculos e expansão do número de usuários que acessam a PEP.

Em 2025 foram realizadas 1.036 dispensas pelos usuários, 945 nas Unidades Dispensadoras de Medicamento (UDM) e 91 nas Unidades de Referência de Exposição (URE). Divergindo do perfil nacional, com a maior parte de mulheres cisgênero (36,30%) e homens cisgênero heterossexuais (32,02%) e homens gays e outros HSH (29,62%), o grupo que mais utilizou a PEP na Paraíba foram homens cisgênero heterossexuais (39,58%), mulheres cisgênero (33,54%), e homens gays e outros HSH (26,46%). Outros grupos como mulheres transexuais, travestis, pessoas não-binárias foram de 0,1% cada, demonstrando baixa inclusão dessa população na PEP. As pessoas trabalhadoras do sexo representaram 1% dos usuários. Em relação à faixa etária, está em consonância com o perfil nacional, com a maioria dos usuários de 54,4% entre 25 e 39 anos, na Paraíba, 58,5% tinham 25 a 39 anos, 20,8% de 15 a 24 anos, 18,4% de 40 a 59 anos, 1,6% com 60 anos ou mais e 0,5% de 0 a 14 anos (Brasil, 2025; Paraíba, 2022).

Os dados encontrados nessa pesquisa, apontam um perfil epidemiológico semelhante dos usuários gerais da PEP na Paraíba com os usuários residentes no interior do Estado que acessavam a PrEP na capital e já utilizaram a PEP. Converging na faixa etária que mais utilizava a profilaxia (25 a 39 anos), diferenciando na predominância do segundo grupo, enquanto o do Estado é de 15 a 24 anos (20,8%) no recorte desse estudo é de 40 a 49 anos (33,34%). Indicando-se que uma população em faixas etárias maiores acessavam essa estratégia em maior número que os mais jovens. Divergindo do perfil nacional e dos usuários gerais da Paraíba, em relação ao grupo que utilizou a PEP nessa pesquisa, com a maioria de homens gays e outros HSH com 66,66%, 20,00% mulheres transexuais, enquanto mulheres cisgênero heterossexuais apresentaram 6,66% e os homens cisgênero heterossexuais, grupo que mais acessou a PEP na população geral da Paraíba, não apareceram nesse estudo, assim como outros grupos como travestis e pessoas não-binárias.

Notou-se um maior acesso de pessoas transexuais a PEP (20,00%) nessa pesquisa em comparação aos usuários gerais (0,1%), o que pode ser reflexo da presença do laboratório TT no mesmo espaço que o serviço, concentrando o atendimento com usuários de todas as cidades do Estado, revelando a importância dessa instituição na prevenção e conscientização sobre as estratégias de prevenção ao HIV/Aids para essa população. Observa-se o pouco acesso da PEP das pessoas cisgênero heterossexuais nesse estudo, o que pode revelar o baixo acesso desse público a essa profilaxia ou a PrEP, já que a pesquisa foi realizada com usuários que necessariamente estavam utilizando esse método. Outras populações como travestis e pessoas não-binárias

também podem seguir nessa mesma compreensão.

Um problema apresentado no Estado é a alta porcentagem dos casos de raça/cor ignoradas/não informadas com 70% de todas as pessoas atendidas. Das que informaram esse dado, 17,99% eram pardos, 10,37% eram brancas/amarelas e 1,48% eram pretas. Essa subnotificação, prejudica o conhecimento do perfil epidemiológico e as estratégias de saúde que precisam considerar esses dados na elaboração, promoção e direcionamento dessas políticas. Nesse estudo, com o recorte proposto, observou-se semelhança com população geral do Estado em relação a raça/cor: pardos (53,33%), branca (33,33%), preta (6,67%) e negra (6,67%) (Brasil, 2025; Brasil, 2023; Paraíba, 2022).

Já as exposições ao HIV, na Paraíba, ocorreram por relações sexuais consentidas (62%), por exposição com material biológico (37%) e para casos de violência sexual (1%) (Brasil, 2025). No recorte realizado nesse estudo, as relações sexuais consentidas também foram indicadas pela maioria (80%), enquanto a exposição com material biológico e violência sexual foram mencionadas por 6,66%. Demonstra-se um maior acesso da PEP em casos de exposição por relações sexuais consentidas, e um menor número em exposições com material biológico em relação aos usuários gerais da PEP no Estado. A Paraíba estava ao longo do tempo diminuindo os casos de exposição com material biológico, 2018 representava 46% dos casos e 25% em 2023, entretanto, voltou a subir nos anos de 2024 (33%) e 2025 (37%) (Brasil, 2025; Brasil, 2023; Paraíba, 2022).

Considerando-se esses dados relacionados aos casos notificados de HIV/Aids, o boletim epidemiológico da Paraíba lançado em 2022 traz a relevância da PrEP e da PEP na prevenção combinada para a redução dos números de casos de HIV/Aids no Estado. Eles defenderam o diálogo sobre as estratégias de prevenção com os jovens e a população chaves, indicando a necessidade de se reforçar a divulgação do acesso da PrEP e PEP, e as demais ações de prevenção, como os preservativos (feminino e/ou masculino), testes rápidos, adesão ao tratamento, para que se possa atingir as metas estabelecidas para a epidemia (Paraíba, 2022).

Desse modo, torna-se necessário compreender as desigualdades diante dessas disparidades no acesso as políticas de prevenção, compreendendo-se que fatores ambientais, sociais e econômicos do contexto ao qual os usuários estão inseridos atuam como determinantes em saúde. Nesse sentido, compreendendo-se as dimensões do país e do Estado, assim como as desigualdades sociais presentes, nota-se que alguns agravos

de saúde e infecções podem atingir em maior grau populações que se encontram em áreas de maior vulnerabilidade social. Assim, pode-se falar em “doenças de determinação social” (Brasil, 2024b, p. 7) que são afetadas por contextos sociais que estão presentes nos determinantes sociais em saúde. Desse modo, a busca pelo controle e eliminação do HIV/Aids, exige estratégias que ultrapassem o tratamento clínico da condição, como políticas públicas que abarquem amplamente essas desigualdades no acesso a saúde, renda, educação, inclusão social, enfrentamento ao estigma e preconceito (Brasil, 2024b).

Nesse sentido, considerando-se as desigualdades sociais e os seus impactos nos determinantes sociais em saúde, a saúde como componente dos direitos humanos, o processo de interiorização do vírus na Paraíba, a eficácia da PrEP e PEP na prevenção ao HIV/Aids, sua importância no combate à epidemia no Estado e a percepção dos usuários sobre a concentração dos serviços dessas profilaxias, buscou-se analisar no capítulo 5 “acesso e permanência as políticas públicas de prevenção ao HIV na Paraíba: avaliação dos usuários sobre a interiorização da PrEP e da PEP” a presença de obstáculos e facilidades nos relatos dos usuários residentes em cidades de médio e pequeno no interior da Paraíba no acesso e permanência em um serviço especializado localizado na capital do Estado.

5 ACESSO E PERMANÊNCIA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV NA PARAÍBA: AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A INTERIORIZAÇÃO DA PREP E DA PEP

O capítulo “acesso e permanência as políticas públicas de prevenção ao HIV na Paraíba: avaliação dos usuários sobre a interiorização da PrEP e PEP” buscou contemplar o terceiro e o quarto objetivos específicos dessa pesquisa: discutir a partir dos dados levantados a existência de barreiras no acesso e permanência as políticas de prevenção ao HIV, a PrEP e a PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte na Paraíba; e avaliar se os obstáculos no acesso e permanência as profilaxias dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte na Paraíba atuam como um desafio para o pleno exercício do direito humano à saúde.

Esse capítulo objetivou apresentar e analisar as limitações e facilidades encontradas por usuários da PrEP e PEP de municípios de médio e pequeno porte do Estado da Paraíba no acesso as políticas públicas de prevenção ao vírus do HIV. O aporte para essa discussão foram os questionários semiestruturados com questões abertas (Apêndice A) respondidos pelos trinta e cinco usuários da PrEP em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas do Estado da Paraíba e o seu diálogo com a literatura científica. Nesse sentido, foi a partir dos dados coletados durante a pesquisa de campo que foram definidos os três temas (escassez de políticas públicas de prevenção, acesso à informação e dificuldades e facilidades dos usuários) analisados nesse capítulo.

Essas seções abordam aspectos individuais, coletivos e contextuais relacionados a vulnerabilidade dessa população no acesso as profilaxias de prevenção ao HIV, compreendendo-os como Determinantes Sociais em saúde (DSS), construindo o que Butler (2015, p. 42) denomina de condição precária, “[...] na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações [...]. Essas populações estão mais expostas a doenças [...] e violência [...]”. Nesse sentido, diante da concepção da saúde enquanto parte dos direitos humanos (Oliveira *et al.*, 2018), essas percepções dos usuários de barreiras e facilidades no acesso a PrEP e PEP, estabelecem cenários possíveis de atuação de estratégias que busquem efetivar e proporcionar garantias no acesso aos métodos de prevenção ao HIV no Estado.

Desse modo, foram analisados e discutidos os elementos dos três eixos (componente individual, componente social e componente programático) relacionados a vulnerabilidade a infecção pelo HIV (Ayres *et al.*, 2009):

Componente individual: diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras:

Componente social: diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerção violentas, ou poder defender-se delas etc.

Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/ Aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia (Ayres *et al.*, 2009, p. 127, grifo nosso).

Desse modo, ao se considerar as construções desse autor dos componentes a serem observados na vulnerabilidade ao HIV, trabalhou-se alguns desses aspectos sociais, incluindo as características sociodemográficas, como a escolaridade e renda, disponibilidade de recursos materiais para prevenção ao HIV (serviços, informação e métodos), discriminação, preconceito e estigma social relacionados a infecção; aspectos individuais como o conhecimento, formas e momentos que os usuários obtiveram informações relacionadas a PrEP e PEP; e os aspectos programáticos como a percepção de qualidade e disponibilidade (quantidade e diversidade de localidades dos serviços) das políticas públicas de prevenção nas cidades que residiam e na capital em que acessavam.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA PREP EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM JOÃO PESSOA, RESIDENTES EM CIDADES DE MÉDIO E PEQUENO PORTE DA PARAÍBA

A amostra dessa pesquisa foi composta por trinta e cinco pessoas adultas residentes em municípios de médio e pequeno porte localizados no interior da Paraíba, em outros termos, usuários que não residiam na capital do Estado, e acessavam o serviço da PrEP em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas localizado no bairro de Jaguaribe na cidade de João Pessoa. A tabela 3, descreve as características sociodemográficas dos usuários participantes dessa pesquisa. Verificou-se que a maioria eram homens cisgêneros (57,14%), não heterossexuais (homossexuais e bissexuais) (57,15%), com idades entre 30 e 49 anos (71,43%), Cor de pele parda (54,29%), solteiros (85,71%), empregados (54,29%), com renda de até dois salários mínimos (45,72%) e a maior parte possuía ensino médio completo (40,00%).

Tabela 3 – Distribuição por frequência das características sociodemográficas dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024

Variáveis	N	%
Identidade de Gênero		
Homem Cisgênero	20	57,14
Mulher Cisgênero	9	25,71
Mulher Transexual	5	14,29
Não Binário	1	2,86
Orientação Sexual		
Heterossexual	14	40,00
Homossexual	12	34,29
Bissexual	8	22,86
Não Informado	1	2,85
Faixa etária		
18 a 24 anos	5	14,29
25 a 29 anos	4	11,43
30 a 39 anos	13	37,14
40 a 49 anos	12	34,29
50 anos e mais	1	2,85
Cor		
Branca	9	25,71
Negra	5	14,29
Preta	2	5,71

Parda	19	54,29
Estado Civil		
Casado	4	11,43
Divorciado	1	2,86
Solteiro	30	85,71
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	4	11,43
Ensino Fundamental Completo	2	5,71
Ensino Médio Incompleto	1	2,86
Ensino Médio Completo	14	40,00
Ensino Superior Incompleto	2	5,71
Ensino Superior Completo	11	31,43
Pós-graduação	1	2,86
Situação de Trabalho		
Empregado	19	54,29
Desempregado	9	25,71
Autônomo	3	8,57
Aposentado	1	2,86
Não Informado	3	8,57
Renda*		
< 1.412,00	6	17,14
≥ 1.412,00 < 2.824,00	10	28,58
≥ 2.824,00 < 4.236,00	3	8,57
≥ 4.236,00 < 5.648,00	2	5,71
≥ 5.648,00 < 7.060,00	2	5,71
≥ 7.060,00	1	2,86
Não Informada	11	31,43

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa; (*) Salário mínimo de referência do período da pesquisa: 2024 = R\$ 1.412,00; < = Menor; ≥ = Maior ou Igual.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em relação a identidade de gênero dos usuários a maioria eram de homens cisgênero, 57,14%, contudo, as pessoas cisgênero (homens e mulheres) corresponderam a 82,85%, enquanto as pessoas transexuais (mulheres transexuais e pessoas não-binárias³¹) somaram 17,15%. Esse resultado, referente a maioria de homens cisgênero, em relação a outras identidades, foram encontradas em outras pesquisas (Farias *et al.*, 2022; Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Moussa; Cavalli, 2022; Machado; Camargo, 2024; Nogara *et al.*, 2024; Prata *et al.* 2022; Sousa *et al.*, 2022; Vieira; Strasser; Batista, 2024). Esses dados mostram o maior acesso de pessoas cisgêneros moradoras do

³¹ Pessoas não-binárias são aquelas “[...] que não se identificam com a dualidade de gêneros clássicos, que tradicionalmente dividiu as pessoas em meramente homens ou mulheres. Ao contrário, as pessoas não-binárias vão além desses conceitos, assumindo identidades como bigênero, agênero, demigênero, pangênero e gênero fluido, entre tantas outras” (Silva, 2023, p. 193).

interior do Estado da Paraíba as profilaxias de prevenção ao HIV em comparação as pessoas transexuais no mesmo contexto.

Entretanto, a categoria dos homens cisgênero, se dividem em homens cisgênero homossexuais, bissexuais e heterossexuais. Os dados sinalizaram uma disparidade de acesso entre esses grupos, o primeiro com onze usuários (55,00%), o segundo com sete pessoas (35,00) e o terceiro com dois sujeitos (10,00%). Nesse contexto, os homens cisgênero heterossexuais acessam menos as profilaxias de prevenção ao HIV do que os homens homossexuais e bissexuais. Cabe salientar, que ambos, V25 e V26, homens cisgênero heterossexuais, viviam uma relação sorodiscordante com suas parceiras, motivo pelo qual indicaram ter iniciado e continuado usando a PrEP.

No que tange as pessoas cisgêneros, observou-se um menor acesso das mulheres em relação aos homens, em que essas corresponderam a um pouco mais de um terço dos usuários masculinos, 25,71% e 57,14%, respectivamente. Esses resultados também foram localizados em outros estudos (Sousa *et al.*, 2022; Vieira; Strasser; Batista, 2024). Constatou-se, nessa categoria, que o acesso a PrEP por essas mulheres, correspondeu a 44,99% dos homens. Entretanto, apesar das vulnerabilidades dessa população a infecção, diante dos processos de feminilização e interiorização da epidemia do HIV, observou-se, nessas circunstâncias, residentes no interior e acesso da PrEP na capital, um baixo acesso dessas mulheres aos serviços de prevenção a essa infecção.

Apesar da diferença significativa entre o acesso de homens cisgêneros e mulheres cisgêneros, demonstrando-se a maior utilização das profilaxias no primeiro grupo em relação ao segundo, nota-se outra comparação relevante sobre esse tema. Ao considerar o grupo mulheres (cisgêneros e transexuais), constatou-se uma maior inclusão na política do primeiro grupo (25,71%) em relação ao segundo (14,29%). O acesso das mulheres transexuais corresponde a 55,58% do alcance das mulheres cisgênero, não sendo, entretanto, uma diferença em tal intensidade a percebida entre mulheres e homens cisgêneros (44,99%). Números que estão em consonância com outros trabalhos (Vieira; Strasser; Batista, 2024).

Observou-se a partir desses dados o baixo acesso das pessoas transexuais ao serviço, principalmente em relação ao recorte das pessoas não-binárias, apenas uma pessoa e, principalmente, os homens transexuais que não apareceram na pesquisa. Achados em consonância com a pesquisa de Farias *et al.* (2022), Lira Junior, Florêncio e Abreu (2024), Moussa e Cavalli (2022), Machado e Camargo, (2024), Nogara *et al.*

(2024), Prata *et al.* (2022), Sousa *et al.* (2022) e Vieira; Strasser; Batista (2024) que identificaram a baixa inclusão de pessoas travestis e transexuais nessas políticas. População que, através da violência de gênero e o estigma sexual, têm violado o seu acesso a diversos serviços, como a PrEP, e o seu direito humano à saúde (Unsain *et al.*, 2024).

Cabe salientar, que o acesso das cinco mulheres transexuais (V11, V30, V31, V32 e V33), 14,29%, pode ser reflexo das informações e indicações das profilaxias e do serviço realizado pelo Ambulatório para Travestis e Transexuais e da sua localização no Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga. Nessa concepção, observa-se a importância desse Ambulatório para a difusão de informações, início e a permanência dessa parcela da população nesses métodos de prevenção. Nesse ponto de vista, a usuária V11 sinalizou ao ser questionada como conheceu a PrEP que foi “Através do serviço TT” e mencionou em outra pergunta sobre a percepção de disponibilidade dos serviços na capital, que “A gente que faz parte do TT foi indicado aqui”. Outra usuária, V31, notou como fator facilitador em utilizar o serviço em João Pessoa, o fato de ser “no mesmo local que o ambulatorio TT”.

Essa relação entre o serviço do Ambulatório para Travestis e Transexuais e a propagação de informações e indicações das profilaxias de prevenção ao HIV para pessoas transexuais, colaborando para a inserção e permanência dessa parcela da população no serviço, como observado nesse estudo, também foi sinalizado em outras pesquisas. Prata *et al.* (2023) indicaram que a porcentagem de mulheres transexuais e travestis que utilizavam a PrEP mais que dobraram após a inauguração dos serviços de atendimento a essas pessoas (2,3% para 5,2%) no município de Diadema localizado na região metropolitana de São Paulo.

Esse crescimento é indicado como consequência das ações de sensibilização do ambulatório, proporcionando mais facilidade no acesso a política, gerando uma busca crescente e maior adesão no serviço. Além disso, a pesquisa de Prata *et al.* (2023), também sinalizaram o mesmo que V31, ao apontar a facilidade de acessar a PrEP em João Pessoa, indicando a mesma localidade dos serviços para pessoas transexuais e travestis com o da dispensa desse medicamento, como facilitador do uso desse método, reduzindo os obstáculos de acesso, incrementando o número de pessoas transexuais usando a profilaxia e reduzindo a vulnerabilidade nesse grupo. Entretanto, apesar dessa relação positiva, ainda nota-se a necessidade de estratégias para efetivar o acesso dessa população aos métodos de prevenção, como demonstrado pelo número reduzido dessa

população nesse estudo e na literatura científica recente (Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Machado; Camargo, 2024, Nogara *et al.*, 2024), sobretudo homens transexuais (Prata *et al.*, 2023) e pessoas não binárias (Carneio, 2024).

No que concerne a orientação sexual, a maior parte dos usuários se declararam heterossexuais, quatorze, representando 40,00%, seguido por homossexuais, doze, cerca de 34,29%, oito bissexuais, 22,86% e uma pessoa não informou. Nesse sentido, diante da conjuntura do Estado em relação ao deslocamento entre municípios, observou-se uma maior inserção das pessoas heterossexuais no acesso a essas políticas do que os outros recortes. Entretanto, quando se agrupou homossexuais e bissexuais na categoria de pessoas não heterossexuais, ela ultrapassou o grupo das pessoas heterossexuais em termos de acesso as profilaxias em João Pessoa.

Trabalhos apontaram uma larga diferença entre a porcentagem dos usuários não heterossexuais em relação aos heterossexuais no acesso a essas políticas, diferentemente dos dados coletados nesse estudo sobre a realidade paraibana, relacionados aos usuários do interior que usam o serviço na capital (Farias *et al.*, 2022; Nogara *et al.*, 2024; Prata *et al.*, 2022; Sousa *et al.*, 2022; Vieira; Strasser; Batista, 2024). Essa diferença, 57,15% não heterossexuais e 40,00% heterossexuais, entre esses grupos, não foi tão discrepante quanto essas pesquisas, pelo contrário, indicou que a maior parte dos usuários eram heterossexuais, superando o de homossexuais e o de bissexuais quando separados.

Na categoria de pessoas heterossexuais, identificou-se números discrepantes nas parcelas populacionais que compõe esse grupo. As quatorze pessoas heterossexuais dividiram-se em relação a identidade de gênero em: quatro mulheres transexuais, oito mulheres cisgênero e dois homens cisgênero. Esses números apontaram para o baixo acesso de homens cisgênero heterossexuais, 14,29% e 20,00%, nessa ordem, das cidades do interior do Estado no acesso PrEP em João Pessoa, em comparação com mulheres (transexuais e cisgênero) heterossexuais (85,71%) ou em comparação apenas as mulheres cisgênero heterossexuais (80,00%).

Em relação a orientação sexual das mulheres (transexuais e cisgêneros), as que mais acessavam as profilaxias foram as heterossexuais 85,71%, doze de quatorze, enquanto homossexuais e bissexuais, representaram 7,14% cada. A respeito das mulheres transexuais, das cinco, uma era bissexual (20,00%) e quatro heterossexuais (80,00%). No que se refere as mulheres cisgênero, das nove, oito eram heterossexuais (88,89%) e uma homossexual (11,11%). Esses dados apontaram o maior acesso de

mulheres transexuais e cisgênero heterossexuais em comparação com mulheres transexuais e cisgênero não heterossexuais (homossexual e bissexual) nessa conjuntura.

Convém mencionar, que a única pessoa que não indicou sua orientação sexual foi o usuário que se identificou como uma pessoa não binária (V13). Apesar da pergunta permitir uma resposta aberta, pressupõe-se que a identificação pode não ter sido feita pelo fato das orientações sexuais mais comumente conhecidas (heterossexuais, homossexuais, bissexuais e assexuais) serem relacionadas a uma visão binária dos gêneros (homem x mulher, masculino x feminino), o que poderia ser percebido pelo usuário como não abarcando as pessoas não-binárias. Nesse sentido, quando se trata desse tema relacionado a esse grupo, as relações afetivas e/ou sexuais, assim como a identidade de gênero, podem ser compreendidas como um espectro que flutua entre polos (heterossexual e homossexual) ou às vezes, afasta-se das delimitações relacionadas orientação sexual (Reis; Pinho, 2016).

A respeito da faixa etária, a maior parte, treze pessoas, possuíam de 30 a 39 anos (37,14%), seguido por 40 a 49 anos, doze pessoas (34,29%) e em terceiro ficaram as pessoas com 18 a 24 anos, cinco pessoas (14,29%). A maior parte dos usuários na faixa etária, 30 a 39 anos, está em consenso com outras pesquisas (Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Machado; Camargo, 2024; Moussa; Cavalli, 2022; Vieira; Strasser; Batista, 2024), divergindo dessas em relação ao segundo grupo em proporção, 25 a 29 anos (Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Machado; Camargo, 2024; Moussa; Cavalli, 2022), o qual nesse estudo foi de 40 a 49 anos. Mostrando-se um maior acesso de pessoas inseridas em faixas etárias mais elevadas na Paraíba do que em outras regiões do país.

Outras pesquisas, como a de Nogara *et al.* (2024), sinalizaram a população mais jovem no acesso a política (18 a 24 anos), divergindo dos resultados desse trabalho. A respeito dos usuários que responderam ao questionário desse estudo, nove pessoas eram jovens adultos, de acordo com o estatuto da juventude (Brasil, 2013a), de 18 a 29 anos, corresponderam a 25,72%, estando abaixo das pessoas com 30 a 39 (37,14%) e de 40 a 49 (34,29%) anos, demonstrando um baixo acesso da população jovem do interior da Paraíba a PrEP disponível na capital em comparação a outras faixas etárias.

Entretanto, os jovens adultos, são uma parcela da população com alta incidência de novos casos de HIV, em 2023, os homens com faixa etária de 20 a 29 anos, corresponderam a 40,3% dos casos detectados no sexo masculino, exigindo o aumento de ações preventivas e educativas focadas na população jovem (Brasil, 2024b).

Referente aos novos casos de Aids, também identificou-se a concentração na população jovem de 15 a 24 anos (Brasil, 2025). Desse modo, Szwarcwald *et al.* (2022) indicam impactos positivos dos esforços para controlar a epidemia no Brasil, entretanto, menciona que é preciso considerar abordagens direcionadas a vulnerabilidade dos jovens.

Nesse mesmo sentido, observou-se a baixa inclusão das pessoas com mais de 50 anos nessa política, assim como das pessoas idosas, acima de 60 anos, de acordo com o estatuto da pessoa idosa (Brasil, 2013b), observando-se apenas uma pessoa nessa concepção (2,86%). Entretanto, é fundamental considerar que as pessoas idosas podem ter uma vida sexual ativa, tornando-se necessário a promoção da saúde sexual e prevenção ao HIV e outras ISTs (Gois *et al.*, 2023).

A conscientização dessa população é primordial, pois, ao se tratar de práticas sexuais entre pessoas idosas, algumas delas, podem não utilizar preservativos e gel lubrificante, ao pensarem somente em um aspecto de infertilidade, prejudicando a concepção de sexo seguro (Batista *et al.*, 2023). Assim, torna-se necessário a divulgação dos conhecimentos sobre as profilaxias de prevenção ao HIV para as pessoas idosas, e estratégias de inclusão e permanência, já que essa faixa etária se enquadra em uma parcela populacional vulnerável a infecção (Ataíde *et al.*, 2019), com aumento significativo do número de notificações de novos casos (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015) e do incremento na taxa de mortalidade entre 2011 e 2021 (Brasil, 2022).

Em relação a cor/raça, as pessoas negras, pretas e pardas, representaram 74,29% dos usuários (vinte e seis sujeitos), enquanto as pessoas brancas, corresponderam a 25,71% (nove sujeitos). Esses apontamentos divergem de outros perfis dos usuários da PrEP, identificados em pesquisa desenvolvidas anteriormente, que indicaram as pessoas brancas como maioria expressiva no acesso a essa política (Machado; Camargo, 2024; Nogara *et al.*, 2024; Sousa *et al.*, 2022; Vieira; Strasser; Batista, 2024) e convergem com outras, que sinalizaram a maioria de pessoas negras (pretas e pardas) (Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Magno *et al.*, 2019; Prata *et al.*, 2022; Farias *et al.*, 2022).

Esses dados revelaram uma complexa realidade no Estado, ao passo que as pessoas negras (pretos e pardos) residentes no interior estão acessando mais esses métodos de prevenção do que as pessoas brancas, também revelam uma maior vulnerabilidade dessa população ao HIV/Aids. Essa vulnerabilidade é evidenciada ao se observar o crescimento dos casos de notificação de novas infecções no Sinan entre pessoas pretas e pardas, correspondendo a mais de 50% dos casos a partir de 2015, e em

2023, representaram 63,2% dos novos casos de HIV, 49,7% em pardos e 13,5% em pretos, enquanto em pessoas brancas foi de 30,7% (Brasil, 2024b; Brasil, 2025).

Nesse contexto, a pesquisa de Ramalho *et al.* (2018) realizada com dados da Paraíba, apontou essa percepção, de uma maior vulnerabilidade dessa população a infecção, indicando uma relevância desse fator em todas as localidades do Estado. Exigindo-se assim, estratégias de combate à discriminação e o racismo nas instituições de saúde, observando-se o acolhimento e aconselhamento dessa população as temáticas relacionadas ao HIV/Aids.

No que se refere ao estado civil, a maioria, trinta pessoas, eram solteiras 85,71%, incluídas nessa categoria duas (V16 e V25) que estavam em união estável, quatro usuários eram casados (V1, V19, V23 e V26), 11,43%, e um divorciado (V35), 2,86%. A maioria de solteiros como perfil desses usuários, coadunam com estudos já elaborados sobre o tema (Farias *et al.*, 2022; Magno *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2022). Esses números sinalizaram um maior acesso das políticas por pessoas solteiras do interior do Estado em paralelo com outros estados civis (casados e divorciados). Em relação as pessoas em união estável e casadas que participaram dessa pesquisa, todas utilizavam a PrEP na prevenção combinada por vivenciarem relações com parceiros soropositivos (relações sorodivergentes) em tratamento, possivelmente indetectáveis, e, em razão disso, utilizavam essa profilaxia, como um método adicional de proteção.

Em relação ao gênero, quatro eram mulheres com idades entre 24 e 41 anos com relacionamentos com homens vivendo com HIV, três dessas descobriram a PrEP através da descoberta sorológica do parceiro (V1 “Quando eu descobri que meu Marido era Soro Positivo”; V16 “depois que meu parceiro descobriu ser portador do vírus HIV”; V23 “Depois que meu esposo foi enfequitado e começou se tratar”) e uma iniciou no serviço em razão da sorologia do parceiro (V19 “Parceiro com vírus”), entretanto, é possível que a descoberta desse método também tenha ocorrido pela mesma razão das três anteriores, já que ela afirmou ter descoberto através do hospital.

A respeito dos homens, eram dois, com 42 e 69 anos de idade em um relacionamento com mulheres vivendo com o vírus. Um descobriu a profilaxia através da esposa que recebia os medicamentos em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas da capital (V26 “Através da esposa, que pega o medicamento no Clementino”) e outro afirmou ter iniciado em razão de vivenciar uma relação com uma parceira soropositiva (V25 “Viver com uma mulher com HIV positivo”). Entretanto, não é possível identificar através dessas respostas, se a descoberta da profilaxia ocorreu

com o conhecimento da sorologia das parceiras ou se já sabiam da sorologia positiva e depois descobriram a PrEP (V26) e começaram essa estratégia de prevenção ao iniciar ou durante o relacionamento (V25).

No que concerne a situação de trabalho, a maioria, vinte e duas pessoas, exerciam atividades laborais remuneradas (empregados ou autônomos) 62,86%, nove usuários estavam desempregados, 25,71%, uma pessoa encontrava-se aposentada, 2,86 e três não informaram, 8,57%. Os dados coadunam com os encontrados na pesquisa de Magno *et al.* (2019). Esses resultados sinalizaram uma maior utilização dos serviços de pessoas que exercem atividades remuneradas do que as pessoas desempregadas ou aposentadas.

Essa realidade pode refletir o fato de que pessoas com essas remunerações podem pagar os custos existentes na necessidade de deslocamento dos municípios do interior da Paraíba até a capital, limitando o acesso de quem está desempregado. Inclusive, dois usuários (V6 e V14), sinalizaram a inexistência de transportes custeados pelas prefeituras das cidades que residem para a capital ou não transportavam usuários da profilaxia, impossibilitando a sua utilização no caso de não conseguirem arcar com os gastos inerentes ao deslocamento, 80,00 reais despendido por V6 e 700,00 utilizando o carro próprio ou 500,00 usando ônibus por V14.

As pessoas aposentadas podem ter sua inserção no serviço limitada por diversas razões, dentre as quais, poderíamos citar o etarismo³² e a limitação no acesso a informações sobre as profilaxias por essa população. Esses dados revelam, por fim, que apesar das consultas, exames e dispensa de medicamentos ocorrerem em horários comerciais, em que a maioria das pessoas estão em horário de trabalho, elas conseguem contornar essa questão e acessam os serviços, mesmo sendo um fator limitador, como indicam os usuários V4, V8 e V14, que precisam sair (V9) ou faltar (V16) o trabalho nos dias de atendimento.

O questionamento a respeito da renda foi o que mais não obteve respostas informadas pelos usuários, onze (31,43%). Seis pessoas recebiam menos de um salário mínimo, 17,14%, dez usuários recebiam um ou mais e menos de dois salários mínimos, 28,58%, e 22,85%, oito pessoas, tinham uma renda de dois ou mais salários mínimos. Uma pessoa indicou não ter renda e outro zero reais, enquanto os menores valores

³² Trata-se da “[...] conduta discriminatória [...] classificada como etarismo, ou ageísmo, ou idadismo, que consiste no preconceito e na intolerância contra pessoas em idade avançada” (Horvath Júnior; Queiroz, 2024, p. 95).

indicados foram 600,00 e 900,00 reais e os maiores 10.000,00 e 8.000,00 mil reais. Segundo Trindade *et al.* (2025), as pessoas com renda mais elevada costumam ter mais acesso à educação formal, e com isso, conseguem um maior acesso à informação através de meios oficiais, diminuindo os estigmas relacionadas as profilaxias de prevenção ao HIV.

Esses números revelam que a maior parte dos usuários recebiam menos de dois salários mínimos, indicando que as pessoas que mais acessam o serviço na capital estão nos grupos com renda mais baixa e não os moradores das cidades do interior com maior renda. Esses dados convergem com o estudo de Magno *et al.* (2019) e divergem dos achados de outras pesquisas (Batista; Saldanha; Furtado, 2020) que indicaram um alto poder aquisitivo dos usuários da PrEP. Essa realidade pode ser reflexo da disponibilidade pelas prefeituras dessas cidades de transporte para o acesso ao serviço na capital, indicada por diversos usuários dessa pesquisa (V1, V11, V13, V16, V23, V25, V31 e V32) e/ou outras políticas públicas que possibilitaram essa utilização, como residência de apoio em João Pessoa e custeio de alimentação, ambos mencionados por V25. Entretanto, mesmo considerando o maior acesso por pessoas que recebiam menos de dois salários mínimos, o custo foi associado por algumas dessas pessoas como um obstáculo para o acesso ou permanência, portanto, é preciso considerar estratégias para garantir a entrada e a continuidade dessa parcela da população no serviço.

Um desses casos, é o de V9 que recebia 600,00 reais por mês do programa federal de distribuição de renda bolsa família. Utilizava o serviço por quase três anos, a cada dia que precisava ir ao hospital, gastava 100 reais, desses, 60 reais eram com passagem da cidade que mora até João Pessoa. Ela apontou que esse trajeto “Dificulta, porque é distante, não tenho saúde e preciso gastar dinheiro. Tiro de um santo para cobrir outro, as vezes deixo de comer. Não pago uma luz, água ou não compro comida para pagar o carro”.

Entretanto, essa usuária, por já ter passado por situações de exposição como o rompimento do preservativo e outras de violência como a retirada do preservativo sem o seu consentimento (*stealthing*) e estupro, razão pela qual já utilizou a PEP e a PrEP, optou por continuar no serviço ao observar a importância dele para a sua vivência na prevenção e do estigma que percebia na sociedade relacionado ao HIV/Aids: “Pra mim é importante em tudo, porque na terra o mais importante é a saúde. Quando você tem essa doença, você tá morto, porque as pessoas são preconceituosas. Não fala na frente, mas quando você vira as costas fala”.

Outro caso é o de V5, que gastava 60 reais por dia ao se deslocar por 40 minutos para ir e voltar do hospital, indicando que esse valor “Dificulta, porque as vezes não tem [dinheiro] e preciso arrumar emprestado”. Ela indicou como barreiras o “Transporte, horário da minha cidade até João Pessoa, valor gasto”, entretanto, mencionou que o deslocamento não é um obstáculo “não, porque vou continuar independente das dificuldades”, já que compreendia a importância desse método diante do medo da infecção “Sim, pois ajuda por já estar sendo medicada e mesmo assim estou com medo. Mesmo utilizando a PREP me previno, não vou confiar em remédio”. Esses dois casos, V9 e V5, demonstraram algumas das percepções dos usuários sobre os empecilhos vivenciados por pessoas com rendas mais baixas no acesso e permanência, demonstrando-se que mesmo com essas obstruções, optaram por continuar no serviço ao considerarem a importância dessa política para a prevenção ao HIV.

Em relação a escolaridade, a maior parte dos usuários possuíam ensino médio completo (40,00%), seguido por ensino superior completo (31,43%). Essas categorias somadas, representaram 71,43% dos usuários, vinte e cinco dos trinta e cinco, excluindo ensino superior incompleto (5,71%) e pós-graduação (2,86%). Esses dados sinalizaram um maior acesso de pessoas com maiores níveis de escolaridade as políticas de prevenção ao HIV disponíveis em João Pessoa por pessoas residentes em cidades do interior da Paraíba.

Os usuários com ensino fundamental incompleto (11,43%), ensino fundamental completo (5,71%) e ensino médio incompleto (2,86%) somados, representaram 20% do total de voluntários, sete de trinta e cinco. Esses números sinalizaram um menor acesso de pessoas com menores níveis de escolaridade aos métodos de prevenção a essa infecção disponíveis na capital por moradores de municípios do interior do Estado, resultados em acordo com outras pesquisas sobre o tema (Schueler *et al.*, 2019; Farias *et al.*, 2022; Prata *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2022; Costa, Jesus e Macedo, 2024; Lira Junior; Florêncio; Abreu, 2024; Vieira; Strasser; Batista, 2024).

Nesse sentido, Santos *et al.* (2023) compreendem que essa realidade ocorre em razão das limitações no acesso às informações em saúde e as formas de prevenção as ISTs das pessoas com níveis mais baixos de escolaridade. Provocando, segundo esses autores, uma maior susceptibilidade “[...] às infecções e levando a menor procura por serviços de saúde e modalidades de profilaxia” (Santos *et al.*, 2023, p. 6).

Esses pesquisadores indicaram, seguindo essa concepção, que o acesso ao ensino médio e superior atuam como fatores que influenciam positivamente a procura dos

usuários pelas profilaxias (PrEP E PEP) (Santos *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, Costa, Jesus e Macedo (2024) compreendem que a escolaridade traz repercussões no conhecimento sobre essas profilaxias, assim como também repercute nas motivações para a adesão ao tratamento. Nessa lógica, o ensino superior completo esteve associado significativamente na pesquisa de Schueler *et al.* (2019) ao conhecimento da PrEP. As questões relacionadas a informação e conhecimento sobre as profilaxias de prevenção ao HIV e seu impacto no acesso e permanência, foram analisadas no subtópico 5.3 intitulado “acesso à informação sobre HIV/Aids, prevenção e disponibilidade de políticas públicas em saúde”.

Nessa perspectiva, considerando-se o perfil sociodemográfico traçado dos usuários das cidades de médio e pequeno porte da Paraíba que acessavam a PrEP em João Pessoa, observa-se como indica (Zucchi *et al.*, 2018), que mesmo diante dos grupos mais vulneráveis a infecção e presentes nas diretrizes de oferta da PrEP durante os diversos períodos de evolução da política no SUS, parte dessa população, não chegam ao serviço. Esse contexto, indicou a necessidade de reforçar as iniciativas que busquem incluir essas pessoas, sendo esse o obstáculo crucial, promover e efetivar o amplo acesso a PrEP, exigindo três enfoques primordiais para garantir o sucesso dessas ações:

(1) aumentar a cobertura dos serviços; (2) assegurar que os serviços sejam ambientes culturalmente diversos e livres de discriminação e (3) investir em intervenções comunitárias, incluindo as redes sociais em que as pessoas possam contar com suas relações de suporte para acesso à informação e referência aos serviços (Zucchi *et al.*, 2018, p. 11).

Nesse sentido, com os dados coletados através dessa pesquisa, demonstrou-se a necessidade de se observar as questões sociodemográficas na ampliação e expansão dos serviços e dos usuários no acesso as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids na Paraíba. Dentre as questões sensíveis a se observar nesse contexto estão: o baixo acesso de pessoas transexuais, sobretudo, pessoas não-binárias e homens transexuais; as questões raciais e étnicas relacionadas ao acesso e permanência nos serviços, observando-se as vulnerabilidades a infecção dessa população; os temas pertinentes as orientações sexuais, considerando-se as especificidades relacionadas as pessoas heterossexuais e não heterossexuais.

Outros pontos a serem considerados são: o acesso e permanência dos usuários em sua diversidade de faixas etárias, com especial cuidado, as com menos acesso, jovens adultos e pessoas idosas; o estado civil, observando-se a vulnerabilidade e o

acesso, particularmente pessoas solteiras e em relações sorodivergentes; a situação de trabalho dos usuários, considerando as particularidades e limitações no acesso, considerando-se sobretudo os desempregados e aposentados; a renda, considerando-se as dificuldades no acesso e permanência dos usuários de baixa renda; e avaliar a demanda dos usuários, populações dos municípios e regiões do Estado para a expansão das profilaxias (PrEP e PEP) e a ampliação dos usuários.

O quantitativo de usuários que acessavam o serviço na capital e as cidades em que residiam estão sistematizados na tabela 4 e no mapa 5. Esses dados podem sinalizar um reflexo das demandas desses municípios relacionadas aos serviços de prevenção ao HIV. Entretanto, eles só revelam o contexto dos usuários que já estão inseridos no serviço, apesar de dificuldades ou não para iniciar e/ou permanecer, mas que podem atuar como impeditivos para o acesso de diversas pessoas. Nesse contexto, V3, V9, V13, V14, V31, V32 e V33 indicaram conhecer pessoas residentes no interior do Estado que gostariam de iniciar a PrEP, mas não conseguiram por fatores como dinheiro, distância e tempo. Portanto, os dados não demonstraram assim, a real necessidade, que pode ser substancialmente maior, revelando apenas um indicativo da necessidade de expansão das políticas de prevenção ao HIV nesse contexto.

Tabela 4 – Distribuição por frequência das cidades de residência dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024

Cidades	N	%
Areia	1	2,86
Bayeux	4	11,42
Brejo do Cruz	1	2,86
Cabedelo	6	17,14
Cajazeiras	2	5,71
Campina Grande	1	2,86
Conde	2	5,71
Duas Estradas	1	2,86
Jacaraú	1	2,86
Mamanguape	2	5,71
Mari	1	2,86
Monteiro	1	2,86
Mulungu	1	2,86
Pedras de Fogo	1	2,86
Pirpirituba	2	5,71
Pombal	2	5,71
Rio Tinto	1	2,86
Santa Rita	1	2,86
Sapé	2	5,71
Sousa	1	2,86

Não Informada	1	2,86
---------------	---	------

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em relação as cidades de residência dos usuários, no período de janeiro a maio de 2024, as com mais moradores no momento da pesquisa eram Cabedelo com seis, Bayeux com quatro e Cajazeiras, Conde, Mamanguape, Pirpirituba, Pombal e Sapé com duas respostas. As outras doze citadas na tabela 4, foram mencionadas em uma única resposta. Em relação a distância desses municípios para a cidade de acesso ao serviço (João Pessoa), apresentaram uma média de 120,29 quilômetros e uma mediana de 54,34 quilômetros, o que revela que valores discrepantes afetaram a média, fazendo com que houvesse um deslocamento para cima desse valor, já a mediana não é afetada por esses valores, como os valor máximo de 471,09 quilômetros e o menor de 4,98 quilômetros (tabela 5).

Nesse sentido, o valor que melhor representa a distância percorrida pelos usuários é a mediana (54,34 quilômetros), mostrando uma concentração dos usuários residentes em municípios com distâncias menores da capital. Cabe salientar, que essa distância faz referência apenas ao espaço percorrido da cidade de residência ao serviço e não a volta, assim, para refletir a real distância percorrida (ida e volta) nos dias de atendimento, realização de exames e dispensa de medicamentos, é preciso duplicar esse valor, representado pela mediana 108,68 quilômetros, com o máximo de 942,18 quilômetros e o mínimo de 9,96 quilômetros percorridos por esses usuários.

Tabela 5 – Medidas de posição e de variabilidade da distância entre a cidade de residência e a de tratamento dos usuários de janeiro a maio de 2024

	Mediana	Média	Dp	Máx	Min
Distância entre a cidade de residência e a de tratamento (KM)	54,34	120,29	149,35	471,09	4,98

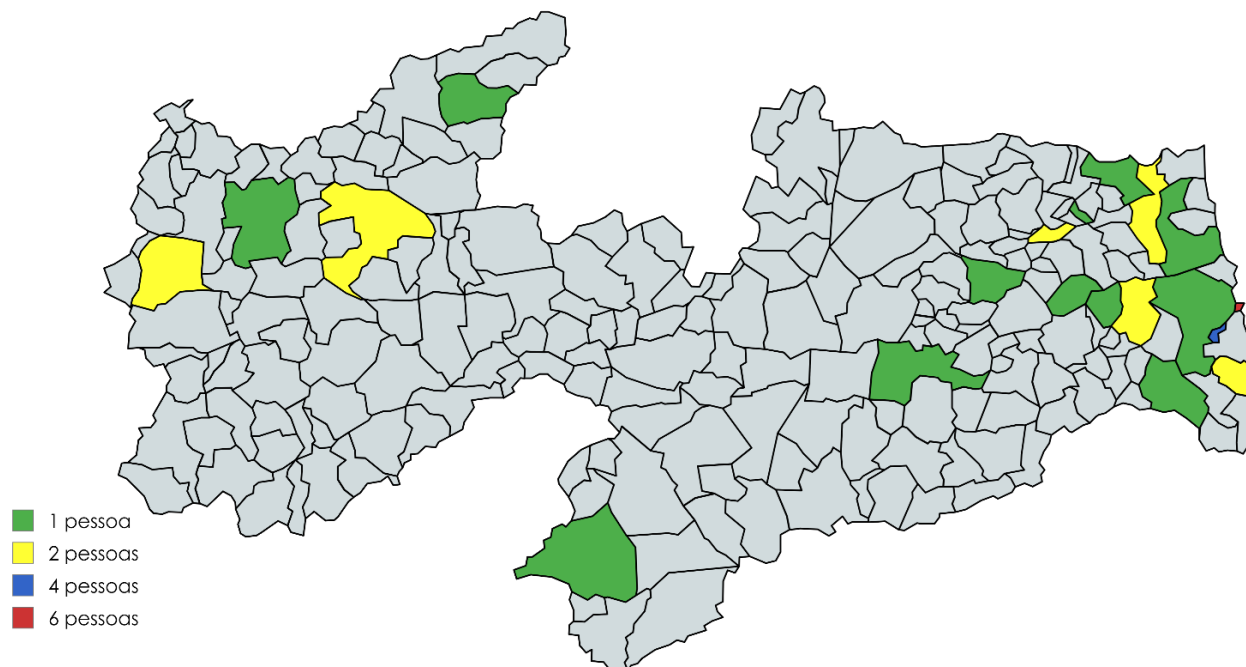
Dp = Desvio Padrão; Máx = Máximo; Min = Mínimo; KM = quilômetro.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Esses dados aparentaram revelar a distância como elemento considerável para o início ou a permanência dos usuários no serviço, ao demonstrar que os usuários das cidades de médio e pequeno porte que utilizam a PrEP na capital estão concentrados majoritariamente em cidades vizinhas ou próximas a João Pessoa (mapa 5). Os outros usuários que residiam em distâncias maiores são proporcionalmente menores que os

moradores de municípios com menor distância e, conseqüentemente, menor duração e custo de deslocamento.

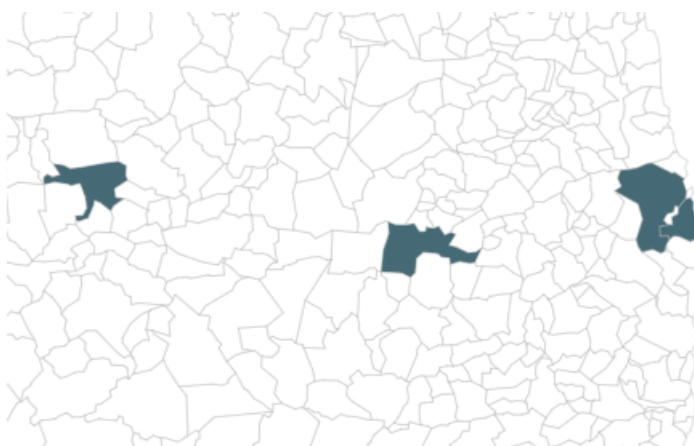
Mapa 5 – Mapa de residência dos usuários da PrEP entre janeiro e maio de 2024



Fonte: Autoria própria, 2025.

No mapa 5, observa-se a distribuição dos vinte municípios da Paraíba com usuários que utilizavam os serviços de prevenção ao HIV, especialmente a PrEP, na capital entre janeiro e maio de 2024. Esse número representa 8,97% dos duzentos e vinte e três municípios do Estado, enquanto o serviço está disponível em 1,79% (quatro cidades, mapa 6) porcentagem menor que a proporção nacional de 12,1% (674 cidades), diferença de 674,78%.

Mapa 6 – Municípios com Unidade Dispensadora da PrEP



Fonte: Imagem retirada da página de acervo do Ministério da Saúde, 2025.

Nota-se a abrangência de municípios e regiões com demanda para as profilaxias (PrEP e PEP). Os usuários sinalizaram, a partir das suas percepções sobre a disponibilidade das políticas públicas de prevenção a essa infecção, uma escassez dessas estratégias nas cidades que residiam e uma concentração da demanda dos usuários de outras cidades nos serviços de João Pessoa. Esse acúmulo da demanda é visto por um dos usuários, V14, como o motivo para considerar a disponibilidade desses serviços como deficitária na capital. Nesse sentido, o subtópico 5.2 “um olhar dos usuários sobre a disponibilidade de políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids nas cidades do interior da Paraíba em contraponto à capital”, buscou analisar as percepções dos usuários sobre temas relacionados a disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços de prevenção ao HIV no Estado da Paraíba.

5.2 UM OLHAR DOS USUÁRIOS SOBRE A DISPONIBILIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NAS CIDADES DO INTERIOR DA PARAÍBA EM CONTRAPONTO À CAPITAL

A interiorização das políticas públicas de prevenção ao HIV, notadamente a PrEP e PEP, no Estado da Paraíba tem expandindo-se durante os anos, no caso da PrEP, desde sua implementação em 2018. Entretanto, apesar da realidade atual dos serviços de dispensa e acompanhamento desses usuários não refletir o contexto de centralização do início de sua implementação, a existência de um único serviço especializado no Estado até o ano de 2020, evidencia-se barreiras sociais, institucionais e individuais que

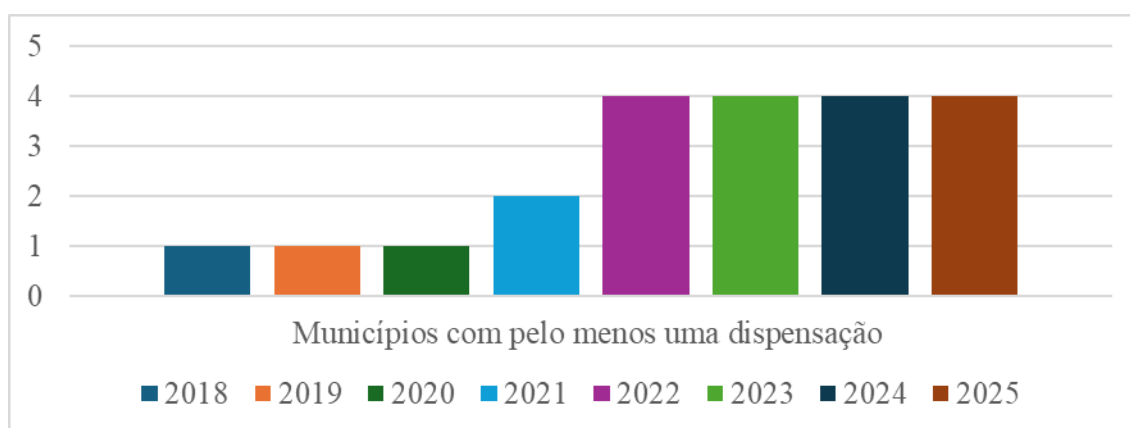
dificultam a efetividade e o acesso pleno aos serviços por usuários do interior da Paraíba.

No período 2018-2020, o primeiro e o único serviço do Estado que disponibilizava a PrEP era o Complexo Hospitalar Clementino Fraga localizado em João Pessoa, local de campo dessa pesquisa, e o primeiro serviço de referência para essa infecção da Paraíba (SILVA, 2022). Por ser a única instituição do Estado nesse espaço de tempo que disponibilizava essa profilaxia, Matias (2019), aponta que todas as pessoas que precisavam dessa política na Paraíba, buscavam acesso nesse hospital. Contexto esse a princípio vivenciado em diferentes Estados do Brasil, que contaram inicialmente restritos as capitais de alguns Estados, atualmente, essa expansão atingiu todos os Estados e algumas cidades do interior (Pimenta *et al.*, 2022).

É nessa conjuntura de concentração na capital da Paraíba que V28 acessou o serviço. Ele era residente da cidade de Campina Grande, iniciou a PrEP em 2020 e permanecia até o momento da pesquisa de campo realizada em 2024. Apesar dessa permanência, o usuário esclareceu que o acesso só ocorreu na capital por não ter o serviço em sua cidade de origem na época “QUANDO EU COMECEI O TRATAMENTO (2020) AINDA NÃO TINHA PREP EM CG, HOJE JA TEM, POR ISSO VIM PARA JPA”, e indicou que passaria a utilizar esse serviço na cidade em que morava: “JA ESTA, E PRETENDO TRANSFERIR EM BREVE PRA LÁ”.

A interiorização dessas políticas, ao descentralizar esses serviços da capital e grandes cidades, pode “[...] ser um fator chave para facilitar este acesso e reduzir consideravelmente o risco de novas infecções por HIV em todos os estados do Brasil” (Fernandes, 2022, p. 18). Esse processo tem avançado no Estado da Paraíba desde a sua implementação até os dias atuais, iniciado com um único serviço na capital em 2018 e ampliado para seis unidades de dispensação em quatro municípios (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Rita) em 2025.

Gráfico 6 – Municípios com disponibilidade da PrEP na Paraíba 2018-2025

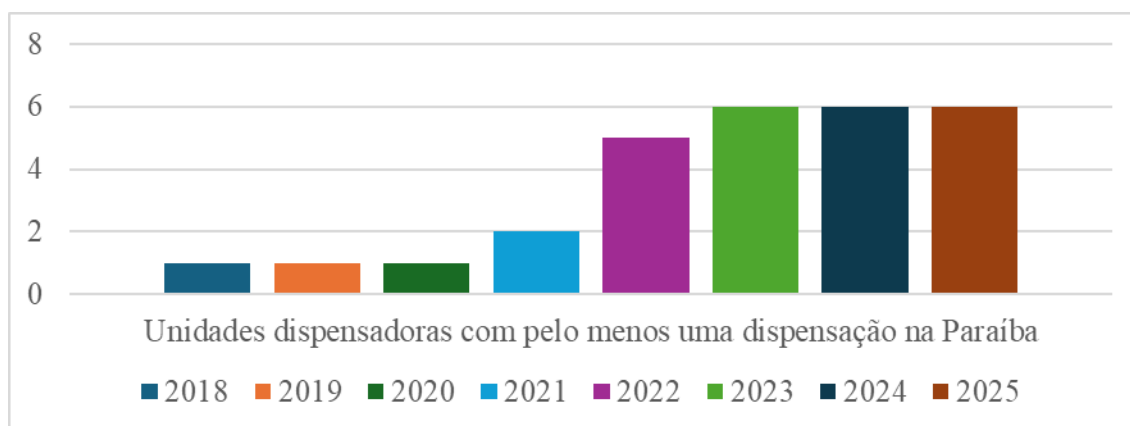


Fonte: Brasil, 2025.

No gráfico 6, observa-se o avanço de municípios com dispensação da PrEP desde a sua implementação na Paraíba até os dias atuais. Nota-se que de 2018 a 2020 o Estado permaneceu com disponibilidade do serviço apenas na capital, em 2021, passou a estar presente em dois municípios (João Pessoa e Campina Grande) e de 2022 a 2025 em quatro cidades. Entretanto, como sinalizado anteriormente, essa pesquisa ocorreu em 2024 e uma das usuárias era residente em Santa Rita e afirmou não ter esse serviço no município, V4 “Não, tudo em João Pessoa”, informação que, pelos indicadores do Ministério da Saúde sobre a PrEP, acessado em 2025, coadunavam com o número de usuários, quatorze, que realizaram ao menos uma dispensa na cidade desde o início da disponibilidade, indicando que o serviço seria recente.

Entretanto, o relatório de monitoramento de Profilaxias Pré e Pós-Exposição ao HIV 2022 do Ministério da saúde (Brasil, 2023) e o levantamento dos serviços de referência para HIV de 2023 do governo da Paraíba (Paraíba, 2023), já indicavam o número de serviços desse ano (5) e o número de municípios (4), corroborando com os dados sinalizados nos indicadores da PrEP do governo Federal de 2025 em relação ao período de implementação em Santa Rita (Brasil, 2025). Desse modo, não é possível compreender os aspectos relacionados ao número reduzido de usuários com dispensas na cidade de Santa Rita no período de 2022 a 2025. Uma das pressuposições, é a de que os dados referentes ao serviço podem não estar sendo inseridos e/ou atualizados ou estarem incluídos em um serviço não contabilizado no banco de dados do Ministério da Saúde, já que sua última atualização ocorreu em 31 de março de 2025, entretanto, não foi possível confirmar nenhuma dessas percepções.

Gráfico 7 – Unidades dispensadoras da PrEP na Paraíba



Fonte: Brasil, 2025.

A afirmação da usuária residente nesse município que indicou a indisponibilidade da PrEP em 2024, pode ser reflexo de uma falta de conhecimento sobre essa disponibilidade, já que indicou não ter buscado informações do serviço na cidade que reside. Além disso, a usuária indicou ter iniciado em 2022, mesmo ano que, em tese, houve o início da dispensa da PrEP em Santa Rita. Esse pode ser o motivo da sua percepção de inexistência, já que ela pode ter iniciado antes da sua implementação. Em ambos os casos, a falta de acesso e divulgação de informações sobre o tema é evidenciada, o que reflete uma lacuna nas campanhas, que não estão atingindo todas as pessoas em vulnerabilidade a infecção pelo HIV no Estado.

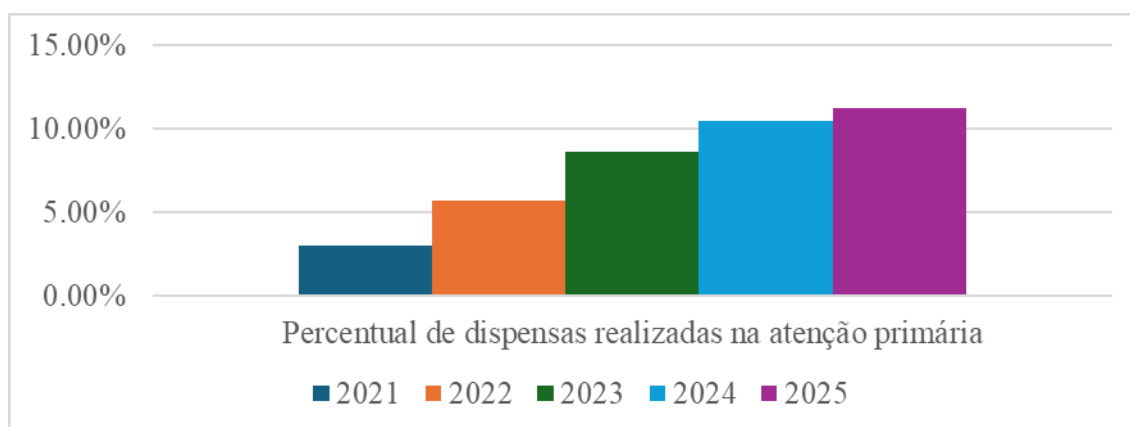
Porém, apesar do crescimento dos municípios com disponibilidade da PrEP, de um em 2018 para quatro em 2025, nota-se uma insuficiência na disponibilidade desses serviços no Estado, ao se considerar a relação entre o número de serviços com as necessidades dos usuários, exemplificadas nas respostas dos voluntários dessa pesquisa, e uma estabilização no crescimento de cidades (2022-2025) e de serviços (2023-2025) na Paraíba, realidade semelhante a encontrada na pesquisa de Pimenta *et al.* (2022) realizada em seis capitais do Brasil (Brasília; Manaus; Porto Alegre; Recife; Rio de Janeiro; e São Paulo).

Uma das estratégias elencadas pela literatura para a ampliação do acesso as profilaxias de prevenção ao HIV é a descentralização por meio da atenção básica à saúde (Lamônica *et al.*, 2023). Entretanto, como identificado nas respostas dos usuários dessa pesquisa, e nos achados de Costa (2021), existem barreiras que dificultam a descentralização das ações de prevenção e diagnóstico do HIV nas unidades básicas de saúde, como o estigma social relacionado a infecção. Essa expansão da PrEP, PEP e os demais métodos de prevenção disponíveis no SUS para as cidades de médio e pequeno

porte é fundamental para efetivar o direito humano à saúde e a prevenção das pessoas que desejam utilizar essas políticas para se prevenirem desse vírus (Bessa *et al.* 2024).

Essa estratégia já está implementada em algumas regiões do Brasil, aumentando-se o percentual de dispensas na atenção primária em relação ao total dispensados em todos os serviços ao longo dos anos, de 3,02% em 2021 para 10,47% em 2024, representou 11,26% das dispensas realizadas em 2025 até 31 de março.

Gráfico 8 – Percentual de dispensa da PrEP na atenção primária



Fonte: Brasil, 2025.

Na Paraíba, as dispensações desses medicamentos ocorreram totalmente em serviços especializados até 2021, e a partir de 2022, incluiu-se o Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, com notória redução ao longo dos anos (2022 (5,31%), 2023 (1,34%), 2024 (1,63%) e nenhuma dispensa em 2025) e por meio da rede privada (2022 (0,24%), 2023 (0,77%), 2024 (1,19%) e 2025 (0,45)). No Estado nenhuma dispensa foi realizada na atenção primária desde a disponibilidade do serviço, entretanto, ela pode ser utilizada como meio para expansão do serviço, dispensa de medicamentos e inclusão de usuários em maior vulnerabilidade ao HIV, principalmente nas cidades localizadas no interior do Estado, em razão da sua capilaridade (Brasil, 2025).

Diferente do cenário nacional, que vem ampliando os tipos e proporção de dispensações por serviço, como a atenção primária que foi responsável por 10,47% em 2024 e 11,3% em 2025 do número de dispensa da PrEP, enquanto o teleatendimento, representou 1,7% em 2024 e 3,29% em 2025 (Brasil, 2025). Essa diversidade de tipos de serviços pode auxiliar no alcance de grupos em vulnerabilidade na Paraíba que não acessam atualmente, como por exemplo, o teleatendimento.

Enquanto não ocorre essa ampliação, até o momento da pesquisa, observou-se na percepção dos usuários, a escassez desse serviço nas cidades de médio e pequeno porte, PrEP, incluindo-se outros métodos de prevenção, como a PEP, preservativos e testes rápidos. As respostas de V8 “Sim. Que no município so faz o controle que já foi exposto ao virus” e V26 “Não, só em João Pessoa. Lá nem preservativo, só agora na eleição”, ao serem questionados sobre a busca de informações sobre as políticas de prevenção nas cidades que moram, exemplificam essa compreensão.

O usuário V8, ao buscar os serviços no município, identificou que o “controle” só era realizado para pessoas expostas ao vírus, possivelmente, com disponibilidade da PEP e/ou tratamento para pessoas vivendo com HIV, enquanto V26, indicou que não procurou essas instituições, possivelmente, em razão da escassez dos métodos de prevenção ao HIV, incluindo preservativos, que são indicados como disponíveis apenas no período eleitoral. Outras respostas sinalizaram essa não disponibilidade em outros municípios do interior da Paraíba (V1, V17 e V22). Essa indisponibilidade dos serviços mencionada em diversas cidades, faz com que potenciais usuários de inúmeras localidades fiquem sem acesso ao serviço (Pimenta *et al.*, 2022), incrementado a vulnerabilidade a infecção pelo HIV de diversos grupos-chave das políticas de prevenção dessas localidades (Edmundo, 2008).

Nesse entendimento, visando compreender a percepção dos usuários em relação a disponibilidade dos serviços de prevenção ao HIV/Aids dos municípios em que residem no interior do Estado e da capital, foram incluídas no questionário algumas perguntas para identificar essa concepção sobre o tema. Na questão (como você percebe a disponibilidade dos serviços de prevenção ao Vírus da imunodeficiência humana - HIV/ síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids (Profilaxia Pré-Exposição - PrEP, a Profilaxia Pós Exposição - PEP, etc.) no município em que você reside?) os usuários apresentaram as suas percepções sobre essa disponibilidade.

Algumas respostas consideraram essa disponibilidade como escassa, baixa e sem divulgação, ruim ou péssima: V2 “Escasso”, V7 “Baixa. Não vejo Nenhuma campanha ativa para os tipos de medicamentos disponiveis”, V8 “Pouca divulgação, vim saber da existencia quando vim ao Clementino”, V27 “Tenho pouco conhecimento, não vejo divulgação do serviço”, V31 “sem acesso”, V36 “Pessíma”, V26 “PREP só em João Pessoa, lá não tem nada”, V23 “Não muito bem é muito difícil” e V35 “Vejo de uma forma ruim, pois não vejo trabalho em uma da doença pra prevenção”.

Essa realidade observada por esses usuários, é vista por Silva *et al.* (2024), como resultante de um subfinanciamento crônico do SUS, já que essas cidades são dependentes do Governo Federal por meio do Ministério da Saúde, o que interfere negativamente na disponibilidade e manutenção de estratégias de prevenção ao HIV. Buscando-se suprir essa realidade, estratégias como a TelePrEP³³ e TelePEP, podem atuar essencialmente para a ampliação desses métodos de prevenção ao HIV nos locais em que observa-se essa escassez de serviços, profissionais da saúde ou outros obstáculos como o preconceito, discriminação e o estigma relacionado a essa infecção. Através da teleconsulta os profissionais de saúde podem prescrever medicamentos e realizar orientações aos usuários (Brasil, 2024c).

Algumas respostas indicaram a inexistência da PrEP, o fornecimento precário da PEP e a disponibilidade de outros métodos de prevenção como preservativos e teste rápido: V1 “Na minha cidade não existe PREP, só tem o teste rapido e quando tem”, V14 “inexistente a PREP. A PEP é precário o fornecimento” e V25 “Lá tem muito, não tem a PREP. Lá tem preservativo”. Os usuários V5 e V20, apontam a inexistência da PrEP, um indicando que se tivesse essa disponibilidade seria bom por não precisar pagar o transporte e o outro mencionando o deslocamento como consequência dessa indisponibilidade: V5 “Não tem, se tivesse era bom porque não pagava transporte” e V20 “Não há diponibilidade, então há o deslocamento”.

Desse modo, as respostas dos usuários coadunam com a percepção inicial de inexistência da PrEP nos municípios que viviam, já que acessavam o serviço na capital, e trazem informações novas para compreender a dinâmica da prevenção ao HIV presente no interior do Estado da Paraíba. As políticas de prevenção ao vírus foram assinaladas como escassa, baixa, ruim ou péssima nessas cidades. A disponibilidade dos métodos de prevenção foi indicada como inexistente em relação a PrEP e com fornecimento precário da PEP, em relação aos métodos tradicionais, estavam disponíveis (preservativos e testes rápidos). Em contrário, um usuário da cidade de Campina Grande, indicou que a disponibilidades desses serviços são bons no município: V28 “CG é UMA CIDADE DESENVOLVIDA COMO JPA LÁ É BOM TAMBÉM”, incluindo a PrEP e PEP.

³³ Essas estratégias devem “[...] estar alinhadas à legislação brasileira relacionada à telessaúde, bem como às recomendações constantes nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) de PrEP e PEP no Brasil” (Brasil, 2024c, p. 7). Esses protocolos instituem “[...] os critérios para a indicação das profilaxias, os medicamentos e as posologias recomendadas, os mecanismos de acompanhamento clínico e o monitoramento e a verificação dos resultados” (Brasil, 2024c, p. 7).

Diante dessas questões de escassez, indisponibilidade e precariedade dessas políticas, torna-se necessário considerar uma abordagem fundamentada nos direitos humanos, utilizando-se de pontos prioritários dessa concepção, como a “[...] cobertura universal de saúde, igualdade de gênero e direitos relacionados à saúde, entre os quais figuram a acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de PrEP” (OPAS/OMS, 2019, p. 2).

Já em relação a disponibilidade desses serviços em João Pessoa as respostas fornecidas para a questão (como você percebe a disponibilidade dos serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) em João Pessoa?) indicaram em sua maioria uma percepção positiva em relação a disponibilidade dos serviços e o atendimento no Hospital Clementino Fraga. Alguns dos usuários com essa concepção estão: V1 “Ótimo, é onde Faço meu tratamento eu e meu esposo”, V8 “Excelente”, V13 “Visivelmente ótima”, V21 “Tem excelente disponibilidade”, V24 “Muito bom, pois o serviço é ótimo”, V25 “Boa, vivo a 10 anos com uma mulher HIV positivo”, V26 “Bom, não só para mim, mas para um monte de gente. Ainda bem que tem isso, as vezes você se relaciona e não sabe se a mulher tem”, V27 “É uma referência no Estado e sempre disponível a população”, V32 “De boa qualidade, humanitário” e V35 “Bem atuante, pois um serviço de qualidade para a prevenção”. Esses pontos identificados a partir da percepção positiva do serviço, disponibilidade e atendimento, são fatores significativos para a adesão e a permanência desses usuários no serviço (Ludugerio *et al.*, 2023).

Outros usuários apontaram a acessibilidade do serviço, demonstrando facilidade para o acesso a PrEP: V17 “A disponibilidade é fácil e sem complicações”, V18 “ATÉ AQUI NÃO VI OBSTÁCULOS, ATENDIMENTO MUITO BOM” e V20 “Acho bem acessível”. Esses comentários indicaram que a capital é percebida pelos usuários de outras cidades do Estado como um espaço acessível, com disponibilidade dos métodos de prevenção ao HIV e sem obstáculos para acesso ao serviço. Concepções que favorecem o início e a permanência nos serviços (Pimenta *et al.*, 2022). Essa visão positiva dos serviços em João Pessoa está em dissonância com a compreensão desses mesmos pontos nos municípios em que residem.

Alguns usuários seguem nessa perspectiva, porém indicaram alguns pontos que precisavam melhorar no serviço, entre eles, o acesso à informação com campanhas e a duração do tempo de espera no atendimento: V7 “Maior. Porém ainda acho pequeno. Poucas pessoas tem acesso a informação Não existe campanhas que mostrem as

possibilidades de prevenção”, V15 “Serviços disponíveis, só é demorado” e V29 “Bom, mas tem muita coisa para fazer”.

Apesar da qualidade e disposição dos serviços no hospital, alguns dos apontamentos dos usuários estão relacionados a demora do atendimento. Esse tempo maior de espera percebido no atendimento pode estar relacionada a concentração de usuários nesse serviço (de outras cidades do interior com usuários da capital) ou aos procedimentos de organização do próprio hospital (preenchimento de fichas, atendimento com psicóloga, exames, tempo de espera para consulta e dispensa de medicamentos).

A usuária V9, afirmou que tem serviços de prevenção ao HIV/Aids no centro de João Pessoa voltado ao atendimento de mulheres que atuam como profissionais do sexo. Ao tratar sobre o Hospital Clementino Fraga, ela indicou que ele é bom, porém ela compreendia que o serviço deveria ter em todas as cidades, demonstrando sua percepção positiva do serviço e da sua expansão no Estado: “Tem no centro, faz atendimento as mulheres de programa. O hospital é bom, mas o certo é ter em todas as cidades”.

Esse público indicado por essa usuária, é para Monteiro *et al.* (2022), um dos grupos mais vulneráveis e marginalizados a infecção pelo HVI, pois, enquanto outras parcelas da população estão no processo de discutir a adesão ao medicamento, para os profissionais do sexo a questão ainda é o acesso e a iniciação nessa profilaxia. Dentre os principais desafios elencados por esses autores estão a carência de serviços de saúde diante da percepção negativa de risco ao HIV, o estigma, a necessidade de acompanhamento contínuo e o tempo de espera diante da demanda nas instituições de saúde. Algumas dessas dificuldades também foram encontradas nos relatos dos usuários da Paraíba, como o estigma relacionado a infecção e o tempo de espera no hospital.

Entretanto, apesar da maior percepção positiva do hospital e desaprovações relacionadas a demora no atendimento, alguns usuários teceram maiores críticas a acessibilidade desses serviços na capital. Um desses, apontou uma percepção negativa sobre a disponibilidade e organização: V4 “Única opção, porque é bagunçado, porque não tem outro”. Por fim, outro usuário, sinalizou a disponibilidade como deficitária, em razão da concentração da PrEP em João Pessoa com demandas de outros municípios do Estado: V14 “deficitário, pois reúne toda a demanda do estado praticamente em duas unidades”. Noções que podem atuar como fatores negativos ao acesso e permanência no serviço (Pimenta *et al.*, 2022).

É notório o contraste existente entre a percepção dos usuários em relação aos serviços de prevenção ao HIV, assim como a PrEP e PEP, disponíveis nas cidades que residem em comparação aos disponíveis em João Pessoa. Existe nessas visões, um desequilíbrio em relação a quantidade, qualidade e acessibilidade desses serviços, se comparadas essas duas realidades (interior(es) e capital). Essa percepção foi indicada por Clementino, Silva e Souza (2017), ao indicarem que as cidades de médio e pequeno porte possuem menos recursos do que as capitais para as estratégias de prevenção, testagem e tratamento relacionadas ao HIV.

Os usuários também foram questionados sobre a utilização da PEP (Você já utilizou a PEP? Caso sim, qual o motivo?), buscando identificar necessidades dos usuários das cidades do interior da Paraíba relacionados a esse método de prevenção. A tabela 6 apresenta um dado significativo sobre esse tema, dos trinta e quatro usuários que responderam a essa pergunta, quinze, cerca de 44,12%, já precisaram em algum momento utilizar a PEP devido ao risco de exposição ao HIV em diferentes ocasiões. Número expressivamente superior (Farias *et al.*, 2022) e aproximado (Vieira *et al.*, 2024) a outras pesquisas sobre essa profilaxia.

Tabela 6 – Distribuição por frequência da utilização da PEP dos usuários da PREP entre janeiro e abril de 2024

Tempo de utilização da PrEP	N	%
Sim	15	44,12
Não	19	55,88

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Dentre os motivos apresentados para a utilização da PEP pelos usuários estavam a exposição sexual, relação desprotegida, rompimento do preservativo, estupro, *stealththing*³⁴ e corte com objeto perfurante. Dentre os comentários dos usuários que utilizaram a PEP estão: V3 “Sim, exposição sexual”, V7 “Sim. Rompimento da Camisinha”, V11 “Sim, já me cortei com objeto perfurante”, V17 “Sim. devido a exposição de risco após o rompimento do preservativo”, V22 “SIM, RELAÇÃO DESPROTEGIDA”, V27 “Sim. Pois já sofri acidente durante a relação e recorri ao serviço PEP”, V33 “sim, duas vezes situação de risco” e V9 “Já fui estuprada, estourou camisinha e o homem tirou. Já passei pelas duas (PREP e PEP)”,

³⁴ O *stealththing* é uma prática criminosa que consiste no “[...] ato de retirar o preservativo durante a relação sexual sem o consentimento do parceiro” (Barbosa; Medeiros, 2024, p. 52).

As situações vivenciadas por V9 de exposição sexual não consentida, estupro e o *stealththing*, são práticas violentas puníveis a partir das tipificações³⁵ presentes no Código Penal brasileiro. Enquanto o primeiro crime, encontra-se tipificado no Art. 213 “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Brasil, 1940, s.p.) com pena de seis a dez anos de reclusão, podendo ser agravado quando resultar em lesão corporal de natureza grave ou no caso da vítima ter menos de dezoito anos e maior de quatorze anos (pena de oito a doze anos de reclusão) e se dela resultar morte (12 a 30 anos de reclusão).

Já o segundo crime mencionado por V9, o *stealththing*, pode ser caracterizado como crime de violação sexual mediante fraude, de acordo com o entendimento do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) (TJDFT, 2020). Essa violência sexual³⁶ está abarcada no Art. 215 “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima” com pena de dois a seis anos de reclusão (BRASIL, 1940, s.p.). Entretanto, a usuária não mencionou nenhuma medida legal em relação a essas práticas, porém, ao compreender os riscos relacionados a ela, procurou o hospital para iniciar a PEP e foi indicada também o serviço da PrEP ao buscar preservativos e mencionar esses acontecimentos.

Essa prática de retirada do preservativo, antes ou após o início da relação sexual, inicialmente consentida, mas que com o passar do tempo, um dos parceiros, sem o consentimento do outro, retira o preservativo, passa a representar uma prática sexual antes consentida em não consentida. Assim, o autor do crime faz com que a vítima acredite que “[...] está em um ato sexual seguro, mas de maneira escondida ou camuflada, retira o preservativo e passa a praticar ato em desconformidade com a vontade da vítima” (TJDFT, 2020, s.p.).

Entretanto, é preciso esclarecer, que o *stealththing* é uma prática distinta das relações nomeadas de *bareback* (relação sexual sem a utilização de preservativos). Essa distinção entre elas ocorre em razão do consentimento. No segundo caso, ambos os parceiros consentem a prática desprotegida (*bareback*) e, no primeiro, a escolha não é atribuída a um dos parceiros que, sem saber ou após negar, passa a vivenciar uma

³⁵ A prática de *stealththing* não é tipificada de modo expreso como crime na legislação brasileira, porém, a justiça tem reconhecido como violência sexual (Migalhas, 2025).

³⁶ Atualmente encontra-se em tramitação o projeto de lei 965/22 que busca inserir o *stealththing* como um tipo penal no Código Penal brasileiro com pena de um a quatro anos de reclusão (Migalhas, 2022).

relação sem preservativo após sua retirada, sem o seu consentimento ou conhecimento desse ato (Medeiros; Barbosa, 2024).

Desse modo, esses autores apontam algumas das situações de risco a saúde das vítimas dessa prática:

[...] ser utilizada [...] por parceiros com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo que não estejam realizando o tratamento com antirretrovirais que busquem transmitir propositalmente o vírus³⁷ ou que seja HIV positivo e não conheça a sua sorologia e transmita o vírus ao realizar a prática. Além da possibilidade da transmissão de diversas outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ou gravidez no caso de relações heterossexuais (Medeiros; Barbosa, 2024, p. 53).

Nesse sentido, no caso de uma das consequências dessa prática violenta, a gravidez, recente decisão da juíza Luiza Barros Rozas Verotti da 13ª vara de Fazenda Pública de São Paulo, determinou que um hospital localizado no município de São Paulo deve realizar, quando procurado, a interrupção da gravidez resultante do *Stealth*, reconhecendo como crime de violação sexual mediante fraude (Migalhas, 2025). No caso do risco de infecção pelo HIV, as profilaxias são fundamentais, especialmente a PEP nesses casos, que é “[...] preciso que os serviços de saúde ao serem buscados por vítimas de práticas como *stealth* tenham disponíveis esses medicamentos, garantindo um acesso pleno do direito a saúde e a prevenção” (Barbosa; Medeiros, 2024, p. 71).

Entretanto, apesar desses casos de violência sofridos por V9, dos quinze usuários, doze utilizaram a PEP em razão da exposição sexual consentida, representando 80% dos que já usaram, os outros, por objeto perfurante, exposição sexual não consentida e não informado o meio de exposição, representaram 6,66% cada um deles. Esses dados estão de acordo com outras pesquisas (Assunção *et al.*, 2023; Bezerra *et al.*, 2024) que indicam a relação sexual consentida como o maior tipo de exposição dos usuários que utilizam a PEP. Esse número encontrado nessa pesquisa (80,00%) é maior do que os achados do estudo Bezerra *et al.* (2024), 69,5%, e próximo ao de Assunção *et al.* (2023), 79,00%.

O perfil sociodemográfico desses usuários da PrEP que já utilizaram a PEP pode ser visto na tabela 7. A maioria dos usuários eram homens cisgênero (60,00%), não

³⁷ O ato pode configurar o crime de perigo de contágio de moléstia grave tipificado no Art. 131 “Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio” (Brasil, 1940, s.p.) com pena de um a quatro anos de reclusão e multa. Ou o crime de lesão corporal de natureza grave que resulte em enfermidade incurável do Art. 129, § 2º, inciso II (Brasil, 1940).

heterossexuais (73,33%), com idades entre 30 e 49 anos (73,34%), cor de pele parda (53,33%), solteiros (93,33%), empregados (80%), com renda de até dois salários mínimos (66,67%) e a maior parte com ensino superior completo (46,67%). Observou-se um perfil semelhante aos usuários totais, entretanto, com porcentagens maiores representado esses dados, menos em relação a raça/cor que teve uma leve diminuição. Esses resultados convergem com encontrados por Santos. *et al.* (2020b) no trabalho com usuários da PEP, como a predominância de homens, solteiros, com ensino superior completo e divergem em relação a orientação sexual, enquanto no estudo desses autores a maioria eram de heterossexuais com 69,5%, e no perfil nacional (68,32%) e com todos os usuários da Paraíba (73,12%) em 2025, nessa pesquisa, a maioria foi de não heterossexuais 73,33%.

Dentre os maiores aumentos estão o de não heterossexuais de 57,15% para 73,33% e de empregados de 54,29% para 80,00%. A única diferença foi em relação a escolaridade, enquanto a maior parte dos usuários não estratificados pelo uso da PEP possuíam ensino médio completo (40,00%), nos que já utilizaram esse método, a maior parte possuía ensino superior completo (46,67%), dado também revelado na pesquisa de Santos *et al.* (2020b) com usuários da PEP, que identificou a maioria dos usuários com níveis elevados de escolaridade. Demonstrando-se que os usuários que acessavam com mais frequência a PEP nesse contexto são homens cisgênero, não heterossexuais, de 30 a 49 anos, pardo, solteiro, empregado e com ensino superior completo.

Essa estratificação, apontou que das cinco mulheres transexuais que participaram da pesquisa e utilizavam a PrEP, quatro, 80,00%, já utilizou a PEP. Essa realidade demonstrou a vulnerabilidade dessa população a infecção pelo HIV e a necessidade da inclusão desse público nas políticas de prevenção. Outro dado, sinalizou que das nove mulheres cisgênero, duas já utilizaram a PEP, 22,22%, as duas por exposição sexual consentida (rompimento do preservativo) e uma delas também por situações de exposição sexual não consentida (estupro e *stealth*ing).

Em relação a sexualidade e identidade de gênero, apenas uma mulher cisgênero heterossexual já utilizou a PEP, 6,67%, divergindo do perfil nacional (36,30%) e o geral da Paraíba (33,54%), enquanto os outros, 93,33%, faziam parte da população LGBTQIAPN+ (três mulheres transexuais heterossexuais e uma bissexual, uma mulher cisgênero homossexual, seis homens cisgênero homossexuais e três bissexuais). Nenhum dos homens cisgênero heterossexuais utilizaram a PEP. Esses dados, sinalizam a maior vulnerabilidade da população LGBTQIAPN+ e o não acesso das pessoas

cisgênero heterossexuais a PEP, nessa conjuntura (usuário da PrEP que já utilizou a PEP) e contexto (residentes em municípios do interior e utilizam a política na capital)

Tabela 7 – Distribuição por frequência das características sociodemográficas dos usuários da PrEP que já utilizaram a PEP

Variáveis	N	%
Identidade de Gênero		
Homem Cisgênero	9	60,00
Mulher Cisgênero	2	13,33
Mulher Transexual	4	26,67
Orientação Sexual		
Heterossexual	4	26,67
Homossexual	7	46,66
Bissexual	4	26,67
Faixa etária		
18 a 24 anos	2	13,33
25 a 29 anos	2	13,33
30 a 39 anos	6	40,00
40 a 49 anos	5	33,34
Cor		
Branca	5	33,33
Negra	1	6,67
Preta	1	6,67
Parda	8	53,33
Estado Civil		
Divorciado	1	6,67
Solteiro	14	93,33
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	13,33
Ensino Médio Completo	4	26,67
Ensino Superior Incompleto	2	13,33
Ensino Superior Completo	7	46,67
Situação de Trabalho		
Empregado	12	80,00
Desempregado	2	13,33
Autônomo	1	6,67
Renda*		
< 1.412,00	4	26,67
≥ 1.412,00 < 2.824,00	6	40,00
≥ 2.824,00 < 4.236,00	2	13,33
≥ 4.236,00 < 5.648,00	2	13,33

Não Informada	1	6,67
Cidades		
Cabedelo	4	26,65
Campina Grande	1	6,67
Conde	1	6,67
Mamanguape	1	6,67
Monteiro	1	6,67
Mulungu	1	6,67
Pedras de Fogo	1	6,67
Pirpirituba	2	13,32
Rio Tinto	1	6,67
Santa Rita	1	6,67
Não Informado	1	6,67

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa; (*) Salário mínimo de referência do período da pesquisa: 2024 = R\$ 1.412,00; < = Menor; ≥ = Maior ou Igual.

Fonte: Autoria própria, 2025.

A maior parte desses usuários eram de Cabedelo, 26,65%, seguido de Pirpirituba com 13,32% e pelas outras cidades com 6,67% para cada uma. Essa realidade sinalizada pelos usuários em relação a necessidade de utilização da PEP e das ocasiões em que foi utilizada, demonstraram a necessidade do acesso facilitado ao serviço por se tratar de uma urgência. Barreiras como informação da disponibilidade e localidade dos serviços, distância, duração e custo de deslocamento, devem ser reduzidas para garantir o acesso facilitado a profilaxia em tempo hábil e adequado para garantir a máxima eficácia do medicamento para a prevenção ao HIV.

Em outro momento, através da questão (você gostaria que a PrEP estivesse disponível no seu município de residência? caso sim, quais facilidades e/ou dificuldades essa oferta poderia trazer na sua permanência na PrEP?), os usuários foram questionados sobre o desejo da disponibilidade de PrEP no município que residiam. Na tabela 8, nota-se que a maioria, vinte e sete de trinta e um, representando 87,10% dos usuários que responderam positivamente ou negativamente a pergunta, desejavam a disponibilidade do serviço nos municípios que residiam.

Dentre as facilidades de ter o serviço disponível, foram apontados o cuidado com os filhos por V1 “Claro, Sim, iria Facilitar muito pra mim principalmente por eu ter um filho especial, que tenho que deixar em casa” e V23 “Sim não passaria tanto tempo longe de casa Tenho que deixa crianças com outras pessoas”; e a economia financeira por V3 “Sim, muito bom economizar dinheiro”, V5 “Sim, facilitaria em tudo por não gastar com transporte e depende do local na cidade”, V7 “Sim. Gastaria menos com

deslocamento”, V29 “Sim, tempo e dinheiro” e V31 “Sim, facilitaria o acesso, seria acessível em relação à custo e a tempo também”.

Outros pontos positivos foram a menor distância de deslocamento indicado na resposta de V15 “Sim, pelo fato do deslocamento ser longe e la mais perto. Faltei a última vez porque sofri um acidente” e V33 “Sim, por ser mais perto, porque João Pessoa é muito longe”; o menor tempo de deslocamento por V8 “Sim, deslocamento mais rápido” e V17 “Sim devido a facilidade de deslocamento e custo benefício, também o tempo que perco para vir para João Pessoa”; não precisar ir a outra cidade por V11 “Sim, a vinda em João Pessoa porque não precisava vir” e V25 “Sim, era bom. Facilidades, não precisar vir a João Pessoa, porque já ficava em casa”; não precisar faltar ao trabalho indicado por V16 “sim, preciso faltar no trabalho”; e, por fim, menos demanda a um serviço e menos tempo de espera por V22 “SIM, MENOS DEMANDA, MENOS ESPERA”.

Todos os tópicos mencionados como possíveis melhorias da disponibilidade do serviço nos municípios que residiam, economia financeira, menor distância e duração de deslocamento, não precisar se deslocar a outra cidade, menor demanda e tempo de espera nos serviços, não precisar faltar ao trabalho e os cuidados com os filhos, são fatores que contribuem para o início e permanência na PrEP. Esses aspectos sinalizados influenciam positivamente em diferentes pontos citados por Pimenta *et al.* (2022), como disponibilidade e acessibilidade, contribuindo para o acesso e continuidade nessas políticas de prevenção.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde tem indicado a implementação da telessaúde³⁸, como a TelePrEP e da TelePEP, como meio de complementar os serviços existentes e auxiliar nas dificuldades no acesso a essa política, sendo o fator estratégico para essa adoção, os osbstáculos geográficos que dificultam o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024c). Nesse sentido, a telessaúde conecta os usuários e os profissionais de saúde, apesar da localização geográfica, contribuindo-se para redução do tempo de espera, diminuição do deslocamento ao serviço, possibilidade de adaptação dos horários (por exemplo, pessoas que trabalham durante o dia) e para a inserção de pessoas em maior vulnerabilidade como as pessoas transexuais (transexuais, travestis e pessoas não-

³⁸ A telessaúde é definida no Art. 26-B da Lei Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passando a autorizar e disciplinar essa prática em todo o território nacional, definida como “[...] a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas” (Brasil, 2022, p. 1).

binárias) e jovens, em razão das percepções de barreiras no acesso aos serviços convencionais. Assim, a distância, além das questões financeiras, sociais e estruturais para acessar as profilaxias, podem ser superadas através das tecnologias de informação e comunicação (TICs) (Brasil, 2024c).

Outros usuários que responderam sim, gostariam do serviço nas cidades que residiam V9 “com certeza. Ia ser bom em tudo, o ruim é porque não tem”, V13 “Sim, pois facilitaria bastante a vida de quem toma prep ou pep”, V19 “Sim. Pois poderia abranger mais pessoas”, V26 “Sim, era bom de mais. Ficaria melhor para as pessoas de lá, inclusive para os meus amigos”. Apontaram a disponibilidade como algo positivo de modo geral, contribuindo para uma maior abrangência de pessoas no acesso as políticas, incluindo-se pessoas conhecidas e facilidade para as pessoas que utilizam a PrEP e PEP.

Dentre as pessoas que indicaram positivamente a disponibilidade e sinalizaram dificuldades estão V14 que observou uma facilidade em relação ao deslocamento, porém, indicou uma dificuldade relacionada ao profissionalismo das equipes: “sim, reduziria tempo e gastos, mas a falta de profissionalismo das equipes seria uma dificuldade” e V27 que compreendeu a necessidade do serviço, mas não se sentia seguro em migrar o local que utilizava o serviço “Sim. Deve haver mas não encontro segurança para continuar o tratamento lá”. Esses dois usuários apresentaram receios em utilizar os serviços na cidade, entretanto, compreenderam que independente dessa percepção, a disponibilidade deve ocorrer para garantir o acesso de outras pessoas;

Tabela 8 – Distribuição por frequência do desejo da disponibilidade do serviço nas cidades que residem dos usuários da PREP entre janeiro e abril de 2024

Desejo da disponibilidade da PrEP no município que reside	N	%
Sim	27	87,10
Não	4	12,90

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Já os usuários que indicaram negativamente a pergunta (V20, V24, V34 e V36), apenas V24 indicou o motivo de sua resposta, sinalizando que “Não me arriscaria mudar meu atendimento pra lá, então não”. Dos quatro usuários que não aparecem contabilizados na tabela 8, um deixou o espaço sem resposta e dois deram uma resposta indiferente a essa disponibilidade, porém, demonstraram gostar do atendimento realizado no Hospital Clementino Fraga e da médica infectologista responsável pelo

acompanhamento de um deles: V2 “Tanto faz, gosto do atendimento aqui e da Dra Rayssa Também” e V35 “pra mim tanto faz, gosto do atendimento J.P”. V28, morador da cidade de Campina Grande, respondeu “(RESPONDIDO ANTERIORMENTE)”, pois apontou em questões anteriores a atual disponibilidade da PrEP no município e sua pretensão de migrar para essa localidade, já que iniciou o seu uso em João Pessoa por não ter o serviço em sua cidade no ano de 2020.

Nesse sentido, visando compreender a importância da disponibilidade desse método, buscou-se a percepção dos usuários sobre o papel do medicamento na sua vivência. Ao serem perguntados sobre a importância do serviço para a prevenção (qual a importância da PrEP na sua vivência para a prevenção ao HIV/Aids?) alguns usuários sinalizaram uma proteção a mais para a prevenção ao HIV, além do uso do preservativo: V7 “Poder ter algo além da Camisinha para confiar. Ter algo que protege caso a camisinha falhe”, V8 “ajuda bastante como proteção extra”, V15 “Positiva, ajuda muito porque as vezes você não conhece a pessoa. É uma prevenção a mais”, V17 “a importância é no sentido de prevenir o vírus, uma vez que o preservativo estourar, ou se expor a qualquer material infectado”, ou ainda o preservativo como proteção extra a PrEP: V5 “Sim, pois ajuda por já estar sendo medicada e mesmo assim estou com medo. Mesmo utilizando a PREP me previno, não vou confiar em remédio”.

As respostas desses usuários encontram-se coadunadas com uma visão de “segunda proteção” também sinalizada no estudo de (Nunes, 2022, p. 38), garantindo-lhes uma “proteção extra” como indicado por V8. Nesse sentido, Costa, Jesus e Macedo (2024, p. 883), sinalizaram que o medo relacionado a infecção atua como componente motivador para que alguns usuários assumam métodos de gerenciamento de risco para promoção de maior segurança, como o preservativo, em que a PrEP, adquire um papel de uma “[...] camada adicional de proteção”. O medo é concebido nesse contexto como “[...] uma emoção que se conecta com um tipo de atitude moral, acionando a responsabilidade por manter um status sorológico negativo, com o auxílio de uma biotecnologia farmacológica – a PrEP” (Matias; Franch; Silva, 2022, p. 85).

As visões de V5, V7, V8 e V17 estão alinhadas com a prevenção combinada preconizada pelo SUS. Nesse sentido, a PrEP não deve ser substituto ou concorrer com outros métodos de prevenção ao HIV (OPAS/OMS, 2019b), mas devem ser usadas em conjunto, como indicado por V27 “Muito importante, quando combinado com outros métodos de prevenção”. Essa profilaxia proporcionou aos usuários o sentimento de segurança: V11 “Muito importante, porque a gente estamos segura”, V14 “muito

importante, pois dá mais tranquilidade em relação ao risco de contágio”, V16 “acredito que com a prep consigo ter um relacionamento mas seguro com meu parceiro”, V21 “Me deixa mais seguro em relação a relações sexuais, proteção”, V22 “ME SINTO MAIS SEGURO”, V23 “sentir segurança”, V24 “Me ajudar não ficar paranoia” e V25 “Ajuda muita coisa, fico mais tranquilo e informação”.

Outra usuária acredita que se a PrEP existisse antes não teria muitos casos de infecção pelo HIV: V26 “É uma coisa boa, se tivesse antes não teria muitos casos”. Já alguns usuários compreenderam a importância da PrEP além das suas vivências de prevenção a infecção, sendo importante para os seus parceiros e familiares: V16 “acredito que com a prep consigo ter um relacionamento mas seguro com meu parceiro”, V19 “muito importe para o dia à dia com minha família” e V36 “É de suma importância, pois ele faz com que nos conscientise tanto no cuidado como na prevenção sua como do parceiro”.

Ao serem questionados sobre outras dificuldades ou facilidades em utilizar o serviço em João Pessoa (quais outras dificuldades e/ou facilidades você percebe em utilizar a PrEP em João Pessoa?) foram indicados como facilidade a realização de exames: V1 “aqui consigo fazer todos os Exames Pedidos que na minha cidade não oferece” e V20 “maior facilidade nos exames e na consulta”; o atendimento: V6 “a facilidade e que você é muito bem recebida aqui no hospital”, V7 “Dificuldade - Deslocamento Facilidade - O atendimento”, V21 “Atendimento especializado garantido e rápido”, V24 “Ter sempre o atendimento no dia marcado” e V36 “Sem dificuldades, foi na facilidade foi rápido e sem ardeiros”; por ser no mesmo local que o laboratório para Travestis e Transexuais: V31 “no mesmo local que o ambulatorio TT”; e a utilização do deslocamento para outras atividades: V3 “Facilidades, porque vou ao centro, conhecer alguém”, V33 “Facilita, porque venho resolver algumas coisas. Pego o medicamento e vou resolver algumas coisas” e V15 “Facilita, por lazer e medicamento”.

Já as dificuldades, algumas respostas seguem temas já sinalizados em outras questões como o deslocamento indicado por V7 e V11 e a duração e despesas por V17. Já em outras respostas, observa-se outros obstáculos como: V8 “as vezes falta de informação do Clementino”, V9 “Tenho diabetes e só o dinheiro pra vir do bolsa família e os estresses, entrevista de uma coisa, fala com um com outro, é um dia de estresse”, V13 “So o que incomoda é a demora”, V14 “o serviço é complicado e pouco eficiente”, V23 “minhas crianças tem que perde aula pra ficar na casa de alguém”, V27 “Muitas

vezes a demanda por ser grande, acaba perdendo muito tempo” e V29 “Tranquilo, a demanda é grande, mas é tranquilo”.

Desse modo, os achados e discussões realizadas nesse subtópico, refletem uma insuficiência da disponibilidade das profilaxias de prevenção ao HIV nas cidades do interior da Paraíba na percepção dos usuários. Assim, como sinaliza Santos (2022), essa insuficiência é reflexo da disponibilidade desses serviços majoritariamente em cidades de grande porte. O que para essa autora, uma possível ampliação desses serviços, pode cair em questões relacionadas ao subfinanciamento e a escassez de recursos humanos qualificados. Nessa mesma concepção, Pimenta *et al.* (2022) sinalizam os recursos humanos como barreira para a ampliação da PrEP, assim, o aumento da cobertura ou abertura de novos serviços são comprometidos pela falta de médicos, sendo essa, uma das maiores limitações do crescimento da disponibilidade desse método.

Apesar da PrEP ser uma das estratégias de maior eficiência na prevenção ao HIV, existem custos consideráveis relacionados a sua implementação, manutenção e ampliação (Juusola *et al.*, 2012), com maiores custos associados ao acompanhamento da população e não a medicação (Santos, 2020a). Desse modo, a capilarização desse método de prevenção encontra diversos obstáculos estruturais para sua realização, como o subfinanciamento (Pimenta *et al.*, 2022). Entretanto, Santos (2020a) afirma que o investimento público na implementação de novos serviços de disponibilidade dessas profilaxias e a ampliação do acesso aos usuários em maior vulnerabilidade a infecção pelo HIV proporciona uma economia substancial a longo prazo.

Entretanto, considerando o contexto de cada país, o custo-benefício pode interferir na decisão de sua implementação:

Em relação ao custo-efetividade da terapia e sua adoção na saúde pública foi observado que todos os países notam os benefícios da implantação da terapia em longo prazo, mas quando se fala do custo, a PrEP varia muito para cada localidade resultando em diferentes relações de custo-benefício que, para muitos países, não é favorável. a China, onde o custo é muito elevado para a adoção ou, então, a Inglaterra, que apesar de ver uma relação favorável em longo prazo, tem hoje um cenário positivo de redução de novos casos de infecção sem a adoção da PrEP (Montes, 2018, p. 29).

Nessa lógica, a pesquisa de Ouellet *et al.* (2015) realizada no Canadá, comparando o custo-benefício dos custos relacionados a PrEP sob demanda na prevenção de uma infecção e os custos relacionados a uma infecção pelo HIV durante toda a vida, indicou que essa estratégia varia entre econômica ou muito econômica. Em estudo desenvolvido no Brasil, Luz *et al.* (2018), sinalizaram que a PrEP diária além de

contribuir para um aumento da expectativa de vida, possuem um elevado grau de custo-benefício da sua implementação e expansão no País.

Nesse sentido, é fundamental o investimento em políticas públicas de saúde direcionadas a ampliação desses serviços e do acesso das populações vulneráveis ao HIV (Prata *et al.*, 2022). É preciso considerar a expansão dessas profilaxias (PrEP e PEP) como estratégias essenciais para a prevenção ao HIV, detecção e tratamento precoce de outras ISTs, além de conciliar medidas que objetivem o aumento a adesão (Farias *et.al.*, 2022). Assim, essa expansão equitativa do acesso aos serviços, aparece como uma das estratégias do Ministério da Saúde para diminuição dos casos de HIV e da eliminação da epidemia de Aids enquanto problema de saúde pública até 2030 (Brasil, 2025).

O Ministério da Saúde, além da expansão dos serviços, aponta a necessidade de ampliação dos usuários das profilaxias, sinalizando que “[...] municípios com maior número de pessoas em PrEP também apresentam uma redução do número de pessoas vivendo com HIV ou aids recém-vinculadas aos serviços de saúde” (Brasil, 2024b, p. 12). Compreensão realizada por meio da análise dos dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) (Brasil, 2024b). Nesse sentido, baseado em análises estatísticas, o Ministério da Saúde sinaliza que quando ocorre uma relação superior a 3:1, três usuários em PrEP e uma nova pessoa vivendo com HIV nos serviços de saúde, “[...] há um impacto no curso da epidemia, com a redução do número de novos casos de HIV nessas localidades” (Brasil, 2024b, p. 12).

Desse modo, considerando-se a necessidade de novos serviços de disponibilidade da PrEP e PEP, diante da escassez e concentração geográfica dessas políticas, percebida pelos usuários do interior da Paraíba ao acessarem o serviço na capital por indisponibilidade nos municípios que moram, observa-se a necessidade de expansão dos serviços e dos usuários dessas localidades que encontram-se em maior vulnerabilidade a infecção. Entretanto, é preciso considerar que somente a disponibilidade local desses serviços nos municípios aparentam não suprir as questões relacionadas a inclusão dessas populações nessas profilaxias, sofrendo interferência de outros fatores como o estigma e a falta de conhecimento sobre a infecção.

Desse modo, a carência de informações sobre essas políticas e os seus locais de disponibilidade, foram indicados por alguns dos usuários dessa pesquisa, como dificultadores do acesso, mesmo com uma possível disponibilidade dos serviços nas

cidades que residem, V5, V13, V15 e V26, indicaram que só teriam acesso se fossem informados sobre a existência dos medicamentos no município e que poderiam não acessar em razão da pouca divulgação dessas informações, coincidindo com estudos sobre o tema (Queiroz; Mendes; Dias, 2022; Pereira, 2024; Santos, 2024). Nessa perspectiva, o subtópico 5.3 “acesso à informação sobre HIV/Aids, prevenção e disponibilidade de políticas públicas em saúde” buscou compreender por meio das respostas dos usuários em diálogo com a literatura científica, as implicações da informação sobre essas políticas no acesso e permanência nos serviços de prevenção ao HIV.

5.3 ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE HIV/AIDS, PREVENÇÃO E DISPONIBILIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

O governo brasileiro atuou desde o surgimento do vírus do HIV, elaborando respostas diante dessa nova infecção, objetivando o controle e a promoção de ações visando o conhecimento, informação e identificação de casos no país, a organização dos serviços para combate à epidemia, estabelecimento de normas e materiais de orientação, ações de prevenção e tratamento, além dos métodos biomédicos mais recentes, possíveis através do avanço do conhecimento e da tecnologia, a PrEP e PEP (Ritter, 2023). As políticas públicas relacionadas ao enfrentamento do HIV/Aids, foram marcadas historicamente pela produção de diversas campanhas de informação, sejam folhetos, cartazes, vídeos, propagandas e outros, relacionadas a prevenção, formas de transmissão, diagnóstico e tratamento dessa infecção (Mora; Nelvo; Monteiro, 2022).

Entretanto, a informação sobre o HIV/Aids, apesar das diversas campanhas, não é um tema de conhecimento profundo da população brasileira, e essa falta de conhecimento se aprofunda em parcelas da população como pessoas com baixa escolaridade, residentes nas cidades do interior dos Estados e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Mendanha *et al.*, 2021). Desse modo, percebe-se que enviar informações não é o suficiente para se ter uma comunicação concreta e eficiente, ela somente se “[...] efetiva quando o receptor a “recebe”, no sentido pleno do termo, ou seja, quando este tem condições para se apropriar desta informação, interiorizá-la e introduzi-la em seu estoque de conhecimentos” (Leite; Ventura; Carrara, 2018, p. 188).

Ultrapassando a barreira do desconhecimento sobre o HIV, a compreensão sobre essa infecção encontra-se impregnada com preconceito e discriminação geridos durante

o surgimento do vírus na década de 80, em razão do temor pelo aparecimento do vírus, o desconhecimento das formas de transmissão, inexistência de tratamentos específicos e da utilização de ações governamentais e midiáticas que associaram o HIV com grupos marginalizados como: pessoas não heterossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

A informação é um dos primeiros aspectos que uma pessoa/usuário necessita para buscar um serviço de saúde. Seja esse conhecimento em relação a métodos e formas de prevenção de doenças e infecções, sintomas, tratamento ou sobre a localidade, acesso e as instituições de saúde voltadas para as suas necessidades ou sobre o espaço de obtenção de informações de qualidade em saúde. Quando o direito à informação não é efetivado de modo universal e equitativo, prejudica-se “o exercício de outros direitos” (Gentilli, 1995, p. 24-25). Desse modo, a informação é para Gentilli (2005, p. 24) um direito em si que viabiliza as pessoas alcançarem outros direitos, concebidos por ele como uma “[...] porta de acesso a outros direitos”, ou seja, o direito à informação é um direito-meio para que os cidadãos acessem outros direitos, como o direito à saúde.

Matias, Franch e Silva, (2022, p. 90) ao tratarem sobre os aspectos que permearam a inclusão da PrEP na Paraíba, indicaram esse método de prevenção como “um direito à saúde”, além disso, entendem essa política como um meio fundamental na inserção de “[...] pessoas nas instituições de saúde, ampliando, assim, o conhecimento da população sobre o HIV/ Aids”. Os autores chamam a atenção para um aspecto importante dessa compreensão, sinalizando que o modelo de enfrentamento não deve ser específico a essa política, mas devem considerar uma perspectiva de saúde integral das pessoas vulneráveis a infecção.

Nesse caso, a PrEP (mas não só, aqui incluímos a PEP e o TcP) tem um potencial de favorecer a inclusão de pessoas aos serviços de saúde, tornando o HIV uma questão de relevância para quem supostamente negligência a importância de se preocupar com a Aids em suas vidas. [...] novas tecnologias são centrais para que possamos ampliar a discussão sobre Aids para uma parte relevante da população que, por algum motivo, não tem dado a atenção devida a esse assunto (Matias; Franch; Silva, 2022, p. 88).

Cabe salientar, como bem pondera Raddatz (2013), que é preciso não somente o acesso à informação, mas é necessário que essa seja de qualidade e acessível a todos. Essa autora indica que o exercício do direito à informação pelo cidadão ocorre através de três ações: conhecer, saber e utilizar. Conhecer trata-se da viabilidade de acesso à informação que se considere apropriada e necessária em diferentes momentos,

pressupondo-se um sujeito esclarecido capaz de discernir e escolher, condição necessária para se alcançar as outras ações (saber e utilizar).

O saber é marcado pela autonomia, que se reflete na propriedade de decidir e a emancipação sobre a informação, o sujeito não só conhece o conteúdo, como também para que ele é destinado e em que momentos pode ser utilizado para exercício da sua cidadania. Utilizar refere-se ao exercício pleno da cidadania, proporcionada através da utilização do direito à informação nas diversas circunstâncias (Raddatz, 2013). Assim, quando ocorre a transformação da informação em saúde em conhecimento inserido em uma realidade, o usuário pode se apropriar da informação, possibilitando o seu exercício efetivo do direito à saúde (Leite; Ventura; Carrara, 2018).

Entretanto, alguns autores como Lermen *et al.* (2020) e Mora, Nelvo, Monteiro (2022, p. 6), identificam uma espécie de “gramática biomedicalizada da prevenção ao HIV” que produz uma limitação ao acesso à informação das políticas de prevenção em campanhas divulgadas pelo Ministério da Saúde. Existe uma complexidade relacionada aos símbolos das campanhas, passíveis de interpretação apenas por uma parcela da população que se encontra familiarizada minimamente com alguns termos da Prevenção Combinada, como as siglas PrEP e PEP (Lermen *et al.*, 2020).

Nesse sentido, constrói-se “[...] um grupo com acesso privilegiado a informações sobre prevenção ao HIV, capaz de compreender os significados das próprias siglas PEP e PrEP” (Mora; Nelvo; Monteiro, 2022, p. 6). Essa visão é produzida, quando se observa que as mensagens divulgadas presumem um conhecimento prévio do público, por exemplo, para entender o significado das siglas PrEP e PEP, o que aparenta um objetivo único de fortalecer as informações já conhecidas pelo público que acessa essas campanhas.

Entretanto, Mora, Nelvo, Monteiro (2022), indicaram em seu estudo realizado em 2019 com trinta usuários da PrEP e PEP (dez homens gays, onze travestis e mulheres trans e nove mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo) do Rio de Janeiro, um desconhecimento do próprio público-alvo das campanhas, como do termo Prevenção Combinada que era conhecido apenas por uma usuária. Em relação a PrEP, esses autores indicaram que as trabalhadoras do sexo eram as que menos acessavam esse serviço e possuíam menos conhecimento relacionados as profilaxias.

O desconhecimento dos métodos de prevenção, assim como sobre a infecção pelo HIV, formas de transmissão e tratamento, está presente em grande parte da população brasileira, mesmo após ampla divulgação em diferentes meios de

comunicação e campanhas de promoção da saúde (Mendanha *et al.*, 2021). Algumas das formas mais recentes e eficazes de proteção ao HIV, ao serem combinadas com outras, como os preservativos e tratamento de pessoas HIV positivas indetectáveis, a PrEP e a PEP, ainda são desconhecidas por parte da população mundial e brasileira (Barbosa *et al.*, 2022).

Nesse mesmo sentido, Andrade *et al.* (2024) sinalizam que esses métodos de prevenção ainda são poucos usados em razão de serem políticas recentes e pelo pouco conhecimento da população da existência da PrEP e PEP. Em 2016, Seffner e Parker (2016), mencionaram a falta de inserção da PrEP no SUS e a divulgação insuficiente de informações da PEP para a população, apesar de já implementada na época, além disso, indicaram a pouca disponibilização desses serviços nas cidades.

Nessa lógica, Pimenta *et al.* (2022) sinalizaram a percepção de gestores relacionadas a expansão desses serviços, não coadunadas com a dos usuários, indicando-se a escassez de profissionais de saúde como um dos motivadores da precária divulgação dessas profilaxias a população em vulnerabilidade que não estão utilizando essas políticas. A visão apontada é que não seria viável informar sobre a disponibilidade desse serviço, visto que a expansão do atendimento não seria exequível.

Os pesquisadores Andrade *et al.* (2024) sinalizaram uma “negligência governamental” nesse tema, em razão da pouca difusão dessas informações, principalmente na parcela populacional de baixa renda. Nesse mesmo sentido, é necessário considerar esses aspectos socioeconômicos para efetivar essas políticas, pois “[...] o possível usuário de PrEP não tem acesso a uma informação de qualidade, a um serviço que possa esclarecer suas dúvidas, reside em uma periferia ou convive diariamente com a exclusão social [...]” (Fernandes, 2022), fatores associados por esse autor, a um maior risco de novas infecções.

Segundo Avelino-Silva *et al.* (2022) o conhecimento e acesso a essas estratégias biomédicas, são o primeiro ponto para proporcionar o crescimento da adesão dessas políticas. Desse modo, as pessoas com maior acesso à informação sobre as profilaxias, são mais propensas a buscarem e utilizarem esses serviços (Pereira, 2024). O conhecimento sobre a PrEP, esteve relacionado na pesquisa de Schueler *et al.* (2019), com os níveis mais altos de escolaridade, envolver-se com cuidados de saúde e apoio social em relação ao HIV. Nessa perspectiva, Magno *et al.* (2019), indicaram a informação dessas medidas de prevenção como um possível fator para uma adesão

demorada na região Nordeste do país, juntamente com uma reduzida disposição a utilizá-las.

Nesse sentido, Magno *et al.* (2019), realizaram uma pesquisa objetivando avaliar o conhecimento da PrEP por Homens que fazem sexo com Homens, indicando pouco conhecimento a respeito sobre esses conhecimentos em áreas distintas das regiões metropolitanas do Sul do Brasil. A pesquisa desses autores foi desenvolvida em Salvador com 32 voluntários em 2016, antes da disponibilidade do medicamento no SUS no final de 2017, desses usuários, menos de um terço, 31,3%, possuía conhecimentos sobre a PrEP anteriormente ao estudo. O meio em que adquiriram essas informações foram internet, jornais, aplicativos de relacionamento e amigos.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Ferreira e Pinho Neto (2018), realizada através da aplicação de um questionário online com 86 jovens de 15 a 29 anos da cidade de João Pessoa/PB, indicou que 73,3% nunca havia escutado falar sobre a PrEP, entretanto, apenas 24,4% não sabiam onde procurar informações dos serviços relacionadas ao HIV/Aids. Outra pesquisa realizada por Mantovanelli *et al.* (2021) com 244 acadêmicos dos cursos da área da saúde de uma instituição de ensino superior do interior do Estado de Rondônia em 2019 apontou que 81% dos participantes, 198 de 244, nunca receberam informações relacionadas a PrEP. Esses autores compreendem que esses números indicam uma necessidade concreta de divulgação dessa política.

Entretanto, pesquisas mais recentes sinalizaram a falta de conhecimento sobre as profilaxias como uma realidade atual. A pesquisa de Lima *et al.* (2024) com 63 estudantes universitários, divididos em dois grupos, o primeiro com cursos da área da saúde (Biomedicina, Enfermagem e Farmácia) e outro com Administração, Ciências Contábeis e Engenharia Civil da cidade de Ji-Paraná em Rondônia. No estudo desses pesquisadores, os métodos de prevenção, apenas o preservativo era conhecido por todos os participantes, a PrEP era conhecida por 29% e a PEP por 41% no primeiro grupo e 18% (PEP) e 4% (PrEP) no segundo grupo. Nessa mesma concepção, o trabalho de Lioi *et al.* (2025) realizado com 24 participantes, buscou avaliar o conteúdo educativo sobre prevenção ao HIV/Aids de um *website*, demonstrou que menos da metade (45,8%) possuíam conhecimento sobre a PrEP e a PEP. Esses trabalhos demonstram o baixo conhecimento social sobre a existência, eficiência e disponibilidade dessas profilaxias.

Segundo Santos (2024, p. 91) esses fatores relacionados ao conhecimento sobre essas políticas, “[...]o acesso à informação, a qualidade e o conteúdo dessa informação, bem como a habilidade de aplicá-la de forma satisfatória[...]”, sofrem interferência de

aspectos “[...] materiais, culturais, políticos e morais que constituem a realidade da vida em sociedade”, influenciando na vulnerabilidade ao HIV.

Nesse sentido, cabe salientar, que seja na escolha em optar por iniciar ou em interromper a utilização da profilaxia ao HIV, essa decisão deve seguir com fundamento em uma avaliação completa do contexto do usuário, considerando-se os diferentes fatores médicos, comportamentais relacionados com o gerenciamento de risco e os seus interesses específicos (Costa; Jesus; Macedo, 2024). Ela deve ser utilizada na prevenção combinada (Brasil, 2017b), que consiste em ações que podem ser observadas na figura 1 “Mandala de Prevenção Combinada”, estratégia atual mais eficaz em relação a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Trata-se de diferentes intervenções conciliadas em uma metodologia conjunta, por meio da combinação das três formas de intervenções possíveis na formulação de estratégias de prevenção: biomédicas, comportamentais e estruturais (marcos legais), com o intuito de oferecer o mais alto grau de possibilidades para a prevenção e para a redução dos riscos de transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2019, p. 25).

Nesse sentido, torna-se imprescindível que os usuários conheçam essas alternativas, métodos e serviços relacionados a prevenção, assim como sua eficácia, segurança, localização de disponibilidade e dispensa dos medicamentos e os passos, meios e caminhos para acessá-los. Assim, com a absorção desses conhecimentos e informações, podem optar por quais métodos melhores se adequam a sua realidade, assim como saibam quais, onde e como acessar os serviços com rapidez em uma eventual necessidade, em casos de urgência médica, como no rompimento do preservativo, em que o fator tempo está intimamente relacionado a eficácia do medicamento (PEP) na proteção contra o HIV (Dehaan *et al.*, 2022).

Nesses casos, o desconhecimento da disponibilidade desses serviços influencia diretamente o seu acesso, dado que alguns usuários podem buscar locais que não possuem a disponibilidade da PEP, por exemplo, causando a perda do tempo ótimo para início da medicação (primeiras duas horas após a exposição) ou desistindo de procurar essa prevenção ao vírus em outras localidades (Queiroz; Mendes; Dias, 2022). Alguns usuários desse estudo ao serem questionados sobre a disponibilidade de serviços de prevenção ao HIV/Aids, incluindo a PrEP, PEP e preservativos, nas cidades que residiam, indicaram desconhecerem a existências dessas políticas no município: V9 “Não sei se tem. Tem postinho, hospital e particular” e V34 “Não tenho conhecimento”. Outros dois usuários, sinalizaram pouco conhecimento sobre a existência desses

serviços, apontando a falta de divulgação para esse desconhecimento: V8 “Pouca divulgação, vim saber da existencia quando vim ao Clementino” e V27 “Tenho pouco conhecimento, não vejo divulgação do serviço”.

As chances dos indivíduos que precisam desses serviços, como a PrEP e PEP, ao não conhecerem esses métodos de prevenção, buscarem acessá-los é mitigada. Nessa perspectiva, o conhecimento prévio dos usuários sobre esses métodos é “[...] um fator determinante para a aceitação e início da profilaxia” (SANTOS, 2024, p. 154). Essa realidade é revelada em algumas respostas a essa pesquisa, inclusive considerando uma realidade hipotética de disponibilidade desses serviços no município de residência.

Ao serem questionados sobre se acreditavam que teriam buscado o serviço antes do momento que iniciou, se estivesse disponível anteriormente na cidade em que morava, alguns usuários sinalizaram que poderiam ter acessado antes, caso houvesse a disponibilidade, entretanto, V5 considerou que esse acesso só ocorreria se alguém informasse: “Sim, se alguém informasse. Conheci ao levar o meu irmão para consulta e após ter um relacionamento com um homem HIV positivo por 3 anos”.

Seguindo esse entendimento, V13 compreendeu que não teria iniciado no serviço antes, pois existe pouca difusão de informações sobre esses métodos de prevenção: “Acho que não, pois é uma coisa pouco falada”. Nesse mesmo sentido que V13, o usuário V26 considerou que não teria buscado antes, já que só conheceu a PrEP no ano anterior a pesquisa (2023): “Acredito que não. Porque tomei conhecimento ano passado. A psicóloga perguntou se queria fazer a PREP”. Já V4, entendeu que teria acessado o serviço e que essa disponibilidade no município em que residia proporcionaria mais informações sobre essas estratégias de prevenção: “Sim, mas cômodo, mais perto teria mais informação”.

A usuária V4, ao ser questionada se a necessidade de deslocamento para acessar o serviço teria dificultado o seu início, revelou que não e apontou a falta de conhecimento e informação sobre esses métodos como a barreira percebida para o início do tratamento: “Não, foi falta de conhecimento/informação”. O voluntário V15 indicou, ao ser questionado se conhecia alguém que gostaria e/ou parou a PrEP em razão do deslocamento entre cidades, que não conhecia, entretanto, associou sua falta de conhecimento com a carência de informações dessas políticas: “Não, não conheço porque falta informação, se tivesse conheceria”. Esses dados, como os observados em V5, V13, V26 e V4, relacionaram o acesso a profilaxia com o nível de conhecimento

anterior ao início da sua utilização, indicando-se o baixo nível de informação como problema para a adesão a PrEP (SANTOS, 2024).

Entretanto, cabe salientar, como identificaram Matias, Franch e Silva (2022, p. 78-79), ao delimitar o contexto da epidemia do HIV e a realidade sociopolítica da Paraíba, no decorrer dos anos de 2018 a 2019, os dois primeiros anos de implementação da política no Estado, “[...] uma mobilização no intuito de ampliar o conhecimento sobre o protocolo PrEP para os grupos prioritários, sobretudo pelos gestores municipais e estaduais, ativistas, acadêmicos e profissionais de saúde[...]. Esses pesquisadores, esclareceram que durante esse período, o Brasil passou por um momento de instabilidade política-institucional, interferindo negativamente na gestão e ações do Governo Federal, e impactando negativamente a esfera estadual, com a falta de preservativos, gel lubrificante e de materiais de divulgação, relatados por gestores e ativistas.

Contudo, as falas dos usuários descritas anteriormente, revelaram o pouco acesso à informação sobre essas políticas de prevenção ao HIV/Aids na Paraíba, principalmente dos moradores dos municípios do interior do Estado, mesmo as informações sobre infecção pelo HIV sendo amplamente difundidas, após campanhas governamentais e não governamentais realizadas em diferentes meios de comunicação, objetivando a circulação dessas informações (Mendanha *et al.*, 2021). Em vista disso, se evidenciou a carência de novas intervenções nessa área, indicada como escassa no Estado por V7 “[...] Poucas pessoas tem acesso a informação Não existe campanhas que mostrem as possibilidades de prevenção”.

A pesquisa de Souza *et al.* (2021) também demonstrou essa realidade presente nas falas dos usuários da PrEP no Estado do Rio de Janeiro, indicando-se a “[...]falta de divulgação nas mídias em geral e informação em linguagem acessível a todo tipo de público”. Segundo Barbosa *et al.* (2022, p. 3) “[..] o acesso e o conhecimento das pessoas à profilaxia ainda são escassos” no Brasil e no mundo.

No entanto, a pesquisa de Avelino-Silva *et al.* (2022) realizada em dezoito países da América Latina, com 55.924 participantes, 28% do Brasil, demonstrou que o país apresentou os maiores índices relacionados ao conhecimento sobre a PrEP. Porém, os valores foram baixos em relação ao uso dessa profilaxia em todos os países, o Brasil e o Peru ficaram com as maiores porcentagens 2%. Já sobre a percepção de uso da PrEP, metade, 50%, indicaram que usariam se ela estivesse disponível e acessível. Por fim, esses autores indicam que o conhecimento relacionado esses métodos foram baixos

nos jovens com vinte e cinco anos ou menos e em pessoas maiores de cinquenta e cinco anos.

Em alguns casos, as pessoas conhecem e iniciam o uso das profilaxias somente após uma exposição, a descoberta da sorologia positiva para o HIV da/do parceira/parceiro ou, descobrindo tardiamente a existência e disponibilidade dessas estratégias, sem chances de sua utilização, somente após o próprio resultado positivo para a infecção. Outros meios que podem servir de ponte para a descoberta, conhecimento e posterior acesso a PrEP e PEP são as mídias televisivas, as redes sociais e a internet.

Em relação a descoberta da PrEP, ocorrendo quando já se vive com o HIV e vivenciando uma relação sorodiscordante, não houve relatos nesse estudo, já que os participantes utilizavam a profilaxia e eram soronegativos. Entretanto, podemos citar o caso de Aurora residente na cidade de Rio Tinto no interior da Paraíba em entrevista ao pesquisador Moraes (2024, p. 58). Trata-se de uma mulher cisgênero, heterossexual, com quarenta e oito anos de idade, que descobriu informações sobre a infecção pelo HIV quando o marido foi diagnosticado, inclusive sinalizou que não sabia na época como “pegava ou não pegava”. Ela estava casada em 2023, em uma relação sorodiscordante a mais de dez anos e vivia com HIV com tratamento iniciado por volta de 2005.

Ao ser questionada por Moraes (2024) se havia buscado informações sobre as profilaxias ao HIV no Hospital Clementino Fraga em João Pessoa, como a PrEP, Aurora indicou desconhecer essa política e nunca ter visto nenhuma informação sobre ela. Apesar disso, esse autor, sinalizou que ela reconhece termos técnicos relacionados a infecção e os exames realizados por ela. Esses conhecimentos são vistos por ela como consequência dos acontecimentos da sua vida (perda do companheiro e filha e o tempo de tratamento).

Essa realidade de desconhecimento da PrEP e PEP de residentes do interior da Paraíba, encontra-se em conformidade com os relatos dos usuários desse estudo ao mencionarem a não acessibilidade de informações relacionadas ao HIV e aos métodos de prevenção, indicando, por exemplo, a descoberta sorológica do parceiro ou busca por outras estratégias (preservativos) como o primeiro momento de informação sobre essas políticas. V16 “depois que meu parceiro descobriu ser portador do vírus HIV”, V27 “Tenho pouco conhecimento, não vejo divulgação do serviço”, V25 “Sim, as vezes é falta do conhecimento e informação. As vezes não vai atrás porque não tem

informação” e V9 “Eu acho que ta precisando de mais informação, ninguém conhece isso ai não meu filho. Só conheci porque fui pegar camisinha”.

Os usuários dessa pesquisa, quando questionados sobre meio/forma que tiveram o primeiro acesso à informação sobre a PrEP e PEP (como você tomou conhecimento da PrEP/PEP?), sinalizaram diferentes contextos e pessoas para essa descoberta. Dentre essas formas, alguns usuários sinalizaram que passaram a conhecer esses métodos de prevenção somente quando descobriram a sorologia positiva da/do sua/seu parceira/parceiro para o HIV, optando, após o diagnóstico, por indicação médica ou de outro profissional de saúde do hospital, o início da PrEP diante da relação que passou a ser conhecida como sorodiscordante.

Nesses casos, a PrEP é indicada nas relações sorodiscordantes, como um método adicional de prevenção, em que está presente a autonomia do parceiro soronegativo em usar ou não esse medicamento (Sotero; Prado, 2024). Além da PrEP, outra estratégia mencionada pelos usuários nessas relações sorodiscordantes foi o tratamento como prevenção, considerando-se que a pessoa soropositiva estava indetectável: V3 “O ex-namorado era HIV positivo, mas estava indetectável. A PrEP alivia mais, da uma segurança maior, por não saber a situação da pessoa” e V21 “relação com pessoa indetectável”.

O termo sorodiscordante é usado nas relações heterossexuais ou homossexuais em que uma das pessoas vive com HIV e a outra não (Polejack, 2011). Franch e Perrusi (2011) fazem uma distinção entre dois modos das relações sorodiscordantes relacionadas ao diagnóstico. O primeiro são os casais pré-diagnóstico, em que a descoberta da sorologia positiva por um dos parceiros ocorre durante o relacionamento, e o segundo, casais pós-diagnóstico, o relacionamento inicia com o conhecimento da diferença de sorologia. Dentre esses usuários, que sinalizaram a descoberta da PrEP e da PEP, a partir da sorologia positiva do parceiro durante o relacionamento, estão: V1 “Quando eu descobri que meu Marido era Soro Positivo. aqui no Clementino Fraga conheci a PREP. Hoje Faço Parte”, V16 “depois que meu parceiro descobriu ser portador do vírus HIV” e V23 “Depois que meu esposo foi enfiquitado e começou se tratar”.

Outros sinalizaram as pessoas as quais se relacionavam como a responsável por conhecer esses medicamentos, em alguns casos, as respostas a esse questionamento não indicaram se elas eram soropositivas ou não, e o V26, não indicou se a descoberta da sorologia da parceira foi anterior ou durante o relacionamento: V2 “atraves de

relacionamento”, V3 “Através do ex-namorado”, V20 “Por um parceiro sexual mais velho”, V24 “pelo meu companheiro” e V26 “Através da esposa, que pega o medicamento no Clementino”.

Cabe salientar, assim como V1, V16 e V23, os usuários V2, V3, V10, V14, V19, V21, V24, V25 e V26 sinalizaram na questão seguinte (o que o levou a iniciar a PrEP?) um relacionamento atual ou antigo com uma pessoa soropositiva como razão para começar a utilizar a PrEP. Nesse mesmo sentido, V6 indicou ter tomado conhecimento com “A medica do meu esposo orientou”, e deixa claro na pergunta (você buscou informações sobre os serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) nos serviços de saúde do município que você reside atualmente?) o seu relacionamento sorodivergente, em que esclarece: “fiquei sabendo aqui em João Pessoa com a medica do meu esposo pois ele tem HIV”.

A usuária V5 indicou nessa pergunta que conheceu a PrEP e PEP “Através do meu irmão HIV positivo”, entretanto, posteriormente ao ser indagada sobre (caso a PrEP estivesse disponível nos serviços de saúde do município que você reside, você acredita que teria buscado esse serviço anteriormente?) ela sinalizou que o conhecimento dessas políticas ocorreu por meio do irmão e de um relacionamento sorodiscordante “Sim, se alguém informasse. Conheci ao levar o meu irmão para consulta e após ter um relacionamento com um homem HIV positivo por 3 anos”.

Nesse sentido, notou-se que quatorze pessoas das trinta e cinco que responderam ao questionário, cerca de 41,18%, apontaram um relacionamento atual ou passado com um parceiro soropositivo, sendo esse responsável pela informação adquirida sobre a existência e disponibilidade da PrEP e/ou fator para iniciar e continuar o tratamento. O que demonstra a importância de uma maior disseminação sobre informações relacionadas a infecção, para que os usuários não descubram a existência dos métodos de prevenção biomédicos, como a PEP e PrEP, apenas em situações como as apontadas por esses usuários. O número de usuários em relacionamentos sorodiscordantes é expressivamente maior que outros estudos (Farias *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2022).

Esses dados aparentam refletir os achados de Matias, Gutiérrez e Silva (2020, p. 8) ao identificarem uma característica no serviço da Hospital Clementino Fraga de “[...] trazer para PrEP indivíduos que já frequentam o serviço, sobretudo por causa dos seus parceiros, ou por estarem em relações de vulnerabilidade”, o que indica para esses estudiosos, uma lógica conjugal inserida pelo serviço e usuários. Nessa perspectiva, tratando do contexto desse mesmo hospital de João Pessoa, Matias (2022) mencionou

um modo de captação dos usuários para esse serviço, em que alguns usuários da PrEP indicaram ter iniciado através de uma indicação de uma profissional de saúde da própria instituição, como por exemplo, mulheres que viviam em relacionamentos sorodiscordantes, ao buscarem a medicação do parceiro, receberam informações sobre esse método de prevenção e optaram por iniciar o tratamento.

Cabe mencionar, que esse dado referente ao percentual de pessoas que utilizavam a PrEP e viviam ou vivenciaram um relacionamento sorodiscordante, revela a importância de informações que “[...] levem em consideração, seriamente, o fato de que há pessoas que partilham sua intimidade com outras de sorologia distinta delas” (Franch *et al.*, 2011, p. 161). Nesse sentido, esses autores, sinalizam que é preciso considerar, quando tratamos sobre informações sobre o HIV, a limitação da perspectiva preventivista quando se refere a esses casais sorodivergentes que podem afastá-los do serviço, como por exemplo casais que pretendem ter filhos. Esse afastamento pode incrementar tanto o risco a infecção pelo HIV aos parceiros soronegativos que vivem uma relação sorodivergente, como o risco de transmissão vertical do vírus, ocasionados por tentativas de concepção sem a orientação, informação e planejamento com uma equipe de saúde (Brasil, 2019).

Nesse sentido, com o avanço do controle, tratamento e métodos de prevenção ao HIV e diante dos direitos sexuais e reprodutivos, esses casais buscam os serviços de saúde para garantir essa demanda reprodutiva (Cecato; Oliveira; Vieira, 2021). A necessidade de abordar essas temáticas ligadas a saúde sexual e o planejamento reprodutivo, surgem assim como demanda nos serviços de saúde, principalmente com o aumento no acesso ao tratamento e a predominância do vírus na população jovem (BRASIL, 2019). O princípio 17 dos princípios de Yogyakarta estabelece a saúde sexual e reprodutiva como elementos essenciais do direito ao padrão mais alto alcançável de saúde (Princípios de Yogyakarta, 2006). Garantindo os direitos reprodutivos independentemente da sorologia, pois, como sinalizam Langendorf *et al.* (2017, p. 1266), os “[...] direitos reprodutivos das PVHs, inclusive os casais sorodiscordantes, são os mesmos para as pessoas não infectadas pelo vírus”.

Aos casais sorodiferentes que desejem ter filhos, a PrEP é mais uma opção para o planejamento reprodutivo, cabendo às equipes de saúde oferecer o suporte necessário e oferecer subsídios e informações para que a concepção, a gestação e o parto ocorram de forma segura. Se, por um lado, o(a) parceiro(a) soronegativo(a) pode usar PrEP, por outro, a pessoa soropositiva deve estar em uso de TARV, com boa adesão ao tratamento, carga viral sanguínea abaixo dos limites de detecção e ausência de infecções do trato

genital, doenças oportunistas ativas e manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV, além de estabilidade nos parâmetros imunológicos (Brasil, 2017c, p. 19).

Nesse sentido, um ponto crucial aos casais sorodivergentes, quando trata-se sobre informação relacionada a saúde sexual e reprodutiva, é que ela não pode ficar restrita às indicações de uso de preservativos ou outros métodos preventivos, mas deve sinalizar conjuntamente outros pontos, como nos casos de jovens/adultos em idade reprodutiva, o planejamento reprodutivo (Cecato; Oliveira; Vieira, 2021). Contudo, esses autores, indicaram um cenário de assistência que desconhecia as modificações ocorridas no perfil de risco das pessoas que vivem com HIV, assim como a negação dos seus direitos reprodutivos, ocasionados pelo preconceito dos profissionais de saúde a infecção.

Entretanto, o direito de decidir sobre a reprodução é assegurado a esses usuários pelo Código de Ética Médica, em que determina no artigo 42 que “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre explicar sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método” (Brasil, 2019, p. 40). O “[...] paradigma dos Direitos Humanos aprimora as práticas de saúde com o referencial dos Direitos Reprodutivos, conceituado como direito universal à deliberação livre e responsável sobre a própria reprodução, e ao que for necessário a ela” (Prado *et al.*, 2022).

Ao se observar essa realidade à luz dos direitos humanos, diante dos princípios de igualdade e autonomia individual, inclui-se o direito relacionado à vida sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com HIV, assim como direitos individuais relacionados ao respeito à sua privacidade corporal, independentemente da sua sorologia (Gonçalves *et al.*, 2009). Desse modo, para o exercício pleno desse direito pelas pessoas vivendo com HIV, é fundamental assegurar a “[...] autonomia dos sujeitos com relação às suas práticas sexuais e decisões reprodutivas” (Brasil, 2019, p. 40).

Alguns dos desafios, foram apresentados por Silva (2012) em sua pesquisa desenvolvida nos anos de 2008 a 2010 com 23 casais sorodiscordantes heterossexuais usuários dos serviços no Hospital Clementino Fraga e no Serviço de Atendimento Especializado - SAE do Hospital Universitário Lauro Wanderley que tratava sobre o acesso aos serviços especializados para concepções mais seguras. A autora indica que os casais ao perceberem a ausência de serviços voltados à concepção menos arriscada, se apropriavam de informações coletadas nos serviços de saúde, como a relação entre

carga viral e risco de transmissão, para definirem o momento que não utilizariam o preservativo (imunidade alta do parceiro soropositivo) e o seu uso quando ocorriam a queda das taxas.

Nesse sentido, essa pesquisadora sinalizou que “[...] o silêncio nos serviços de saúde sobre a redução de danos de gestações de mulheres soropositivas (ou com parceiros soropositivos) denunciam o desamparo social, o afrontamento aos direitos reprodutivos das pessoas que convivem com o HIV/Aids” (Silva, 2012, p. 9). Entretanto, cabe mencionar, que as vezes os usuários não expressam o desejo reprodutivo, em razão do medo de discriminação ou reprovação, o que exige dos profissionais a iniciativa de tocar no assunto e ficar atento a manifestações indiretas sobre esse tema. Fornecendo informações para escolha das estratégias de prevenção mais adequadas as necessidades e que os usuários consigam utilizar de modo correto e constante, com acompanhamento dos profissionais de todas as fases da gestação (Brasil, 2017c).

Desse modo, os parceiros que vivem relações sorodivergentes, precisam de informações e acesso aos serviços que proporcionem uma tomada de decisão consciente sobre os riscos e benefícios das opções mais seguras de concepção. Essas concepções quando planejadas e acompanhadas com ações adequadas durante as diversas fases da gestação (pré-natal, parto e amamentação) o risco de transmissão vertical cai de 15% a 45% para 2%. Dentre os fatores que diminuem esse risco estão a adesão ao tratamento com antirretrovirais e a manutenção do status de indetectável e o uso adequado da PrEP (Brasil, 2019). Segundo o Ministério da Saúde, dos diagnósticos ocorridos no sexo feminino em 2023, 77,7% foram em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), indicando a “[...] importância do planejamento reprodutivo, da oferta de teste para a detecção precoce da infecção pelo HIV e do início da terapia antirretroviral (Tarv), a fim de evitar a transmissão vertical do vírus” (Brasil, 2024b, p. 11).

Desse modo, é preciso que os serviços de saúde e os profissionais realizem o acompanhamento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT do Ministério da Saúde para diminuir os riscos de transmissão vertical nas diversas fases da gravidez e do parto (Souza *et al.*, 2024). Esse cuidado rigoroso é fundamental, já que, segundo esses autores, a transmissão vertical é responsável por aproximadamente 75% a 80% dos casos de HIV em crianças. Nesse ponto de vista, o teste em gestantes se mostra fundamental, uma pesquisa realizada na Paraíba sobre a prevalência de casos de HIV em gestantes com dados de 2020 a 2024, indicou a relevância da testagem periódica

para prevenir a transmissão vertical, já que 90% dos 551 casos, tiveram o diagnóstico no pré-natal (Vieira *et al.*, 2025).

Em relação aos espaços de referência voltados para gestantes com teste rápido reagente para HIV, estão ativos dois serviços no Estado para acompanhamento no pré-natal, um em João Pessoa no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e outro no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) na cidade de Campina Grande. Entretanto, apesar de serem encaminhadas para acompanhamento após esse teste positivo, o cuidado é partilhado com a atenção primária da cidade de residência da gestante (Paraíba, 2025).

Existem dezesseis serviços de maternidades referência para parto/HIV ativos em onze municípios no Estado da Paraíba em 2025. Essas unidades contam com um “Kit de prevenção de transmissão vertical” contendo Antirretroviral e Fórmula Infantil para substituição do aleitamento materno, contribuindo significativamente para evitar esse tipo de transmissão. O HULW em João Pessoa é a unidade que abriga a maternidade de referência no Estado para coleta de carga viral dos recém-nascidos expostos durante o nascimento (Paraíba, 2025).

Além desses casos, descoberta da profilaxia pelo diagnóstico do parceiro, as informações sobre esses métodos de prevenção, PrEP e PEP, também foram repassadas por familiares como V5 “Através do meu irmão HIV positivo” e V29 “Por meio de uma prima que é médica”. Por amigos como V13 “por um amigo”, V21 “Amigos”, V 33 “através de uma amiga” e V35 “atraves de amigos”. Através da internet e redes sociais V7 “Internet”, V17 “internet”, V28 “INTERNET” e V32 “Redes sociais”. A Televisão foi indicada por V8 “através de uma reportagem do Dr Fernando Chagas”, V14 “pela TV quando morava em Aracaju/SE”, V18 “JORNAL LOCAL”, V25 “Vi informações da PREP na televisão”, V27 “Através da televisão e por um parente da area da saúde” e V34 “Jornais”.

Outros usuários obtiveram conhecimento sobre a PrEP e PEP por meio de profissionais da saúde ou hospital: V4 “Através de uma funcionaria do hospital”, V19 “Atraves do hospital”, V22 “ORIENTAÇÃO MÉDICA”, V31 “indicação médica”. A usuária V9 recebeu informações sobre a PrEP e PEP de pessoas que distribuíam preservativos, após uma relação sexual desprotegida: “A camisinha estourou e o homem tirou a camisinha. As mulheres do centro que distribui camisinha no centro”. Outra usuária indicou o ambulatório para Travestis e Transexuais da Paraíba localizado no Complexo Hospitalar Clementino Fraga: V 11 “Através do serviço TT”. Já o usuário

V36 obteve informações sobre esses métodos de prevenção ao trabalhar na área: “Trabalhando na área”.

O modo e meio de descoberta das políticas de prevenção ao HIV são importantes, já que indicam como as informações são repassadas, circulam e chegam aos usuários do interior do Estado da Paraíba. Os meios mais citados foram o relacionamento com um parceiro HIV positivo que sabia ou soube do diagnóstico durante o relacionamento (9), no hospital ou por um profissional de saúde (8), por meio da televisão (6), internet (4), amigos (4) e familiares (3). Esses resultados, indicam uma limitação da divulgação da PrEP e PEP nas cidades do interior da Paraíba e a necessidade de campanhas regulares, coadunando com os dados obtidos da pesquisa de (Mora; Nelvo; Monteiro, 2022), para ampliar o acesso dessas profilaxias no Estado, por meio da redução de barreiras que decorrem do conhecimento e da divulgação de informação (Queiroz; Mendes; Dias, 2022).

Assim, esse contexto, em conjunto com um escasso reconhecimento da importância dos aspectos comunicativos das campanhas relacionadas a implementação e acesso as profilaxias, indicam que “[...] a circulação de informações sobre a PEP e PrEP é controlada ou seletiva, relativa a um circuito de agentes e de relações institucionais” (Mora; Nelvo; Monteiro, 2022, p. 11). Indicando-se a necessidade de campanhas que busquem atingir públicos diversos, de diferentes localidades geográficas, realidades socioeconômicas, faixas etárias, escolaridades e com conhecimentos múltiplos sobre os métodos de prevenção, não se restringindo aos que tenham ciência sobre termos biomédicos, como as siglas PrEP e PEP.

Desse modo, é preciso uma linguagem inclusiva e acessível que forneça desde informações básicas, como o que é a PrEP e a PEP, até como utilizá-las na sua vivência através da prevenção combinada. Essa dificuldade foi destacada por Souza *et al.* (2021, p. 7) nas falas dos usuários da PrEP no Rio de Janeiro, ao demonstrarem “[...] o incômodo com o linguajar técnico, dificultando a compreensão das informações passadas sobre o regime de uso diário dos antirretrovirais para a profilaxia [...]”.

Além da informação sobre como conheceram as políticas de prevenção, PrEP e PEP, os usuários foram perguntados sobre a busca de informações a respeito desse tema nas cidades que residiam (Você buscou informações sobre os serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) nos serviços de saúde do município que você reside atualmente? Caso sim, como foi sua recepção? Quais informações foram passadas?),

vinte e um usuários, 63,64%, indicaram que não buscaram esses serviços, doze procuraram essas informações e dois não responderam à pergunta.

Dentre os motivos citados pelos que responderam não ao questionamento, estão: o conhecimento de que na cidade não tinha disponibilidade da PrEP e PEP, reconhecimento da qualidade do serviço do Hospital Clementino Fraga, informação obtida através de outras fontes como internet e médica, temor pelo preconceito ao buscar informações sobre o tema, desorganização dos serviços de saúde no município e falta de insumos, como preservativos.

Os comentários que responderam não ter buscado os serviços onde residiam estão: V1 “Não procurei porque não tem. Eu já sabia que aqui no Clementino Fraga, era o melhor lugar”, V6 “fiquei sabendo aqui em João Pessoa com a medica do meu esposo pois ele tem HIV”, V7 “Não. Veio pela internet a informação. Me dirigi ao Clementino e iniciei a PREP”, V9 “Não, porque não quero que ninguém saiba que vou ao hospital, se não vão dizer que tenho HIV. Fiz o exame e postei o resultado nas redes sociais”, V24 “Não, lá é muito desorganizado” e V26 “Não, só em João Pessoa. Lá nem preservativo, só agora na eleição”.

Doze respostas a esse questionamento, 36,36% do total, apontaram algumas dificuldades como a burocracia, falta de disponibilidade do medicamento e serviço da PrEP, controle realizado no município apenas de pessoas expostas ao vírus e falta de informação. Dentre essas respostas: V2 “Sim, burocrática”, V8 “Sim. Que no município so faz o controle que já foi exposto ao vírus”, V15 “Sim, fui bem atendido, falta um pouco mais de informação. Nenhuma informação”, V17 “Sim. Mas no município onde resido não fornece a medicação nem os serviços da PREP” e V22 “SIM, SERVIÇOS AINDA NÃO ESTÃO DISPONIVEIS”.

A falta de conhecimento, como indica V15, sobre o HIV, as profilaxias (PrEP e PEP), a prevenção combinada e a prescrição desses métodos por profissionais da Saúde foram identificadas no relato de Bessa *et al.* (2024) de um evento realizado em 2023 com enfermeiros, médicos e farmacêuticos em uma cidade do interior do Rio Grande do Norte. Os autores indicaram que mais de 50% dos participantes não possuíam conhecimento sobre a prevenção combinada, quase todos desconheciam a PrEP e a sua prescrição, a maioria dos enfermeiros não sabiam que possuíam competência técnica e legal para prescrever o medicamento e os profissionais enfatizaram o desconhecimento dos locais de disponibilidade na rede desses medicamentos e da baixa quantidade desses serviços de dispensa. Assim, esse desconhecimento pode interferir no processo de

cuidado prestado por esses profissionais, já que eles mediam a relação entre os usuários e as tecnologias de prevenção, entre o conhecimento científico e o popular (Bessa *et al.*, 2024).

Entretanto, outro estudo realizado com 252 profissionais de saúde de 29 serviços especializados em HIV/Aids em 21 cidades da Bahia realizada entre 2019 e 2020, sinalizou que o conhecimento das profilaxias não garante sua prescrição pelos profissionais, indicando uma relutância desses profissionais em prescrever a PrEP. Os dados apontaram para um alto conhecimento sobre a PrEP (96%), entretanto, 15,2% indicaram relutância em prescrever esse medicamento. Assim, apesar do alto conhecimento, alguns profissionais não estão dispostos a prescrever essa profilaxia. Os que estavam propensos a prescrever, indicaram também outros métodos para a prevenção combinada como o autoteste (grupos com maior risco a infecção) e PEP (para pessoas exposta ao HIV) (Lamônica *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, esses autores sinalizaram que os profissionais de saúde que trabalhavam nos municípios do interior da Bahia estavam mais propensos a prescreverem a PrEP do que os de Salvador, indicando a demanda do crescimento da disponibilidade desse serviço para os municípios do interior com expansão de oferta e capacitação dos profissionais sobre os métodos de prevenção disponíveis (Lamônica *et al.*, 2023). Corroborando com esses achados, o trabalho de Pereira Silva e Coutinho (2025) desenvolvido com 54 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e farmacêuticos) do Estado de Sergipe, demonstrou alto conhecimento da política, porém apontou limitações para sua prescrição.

Na pesquisa de Pereira Silva e Coutinho (2025), 96,3% dos participantes conheciam a PrEP, 57,4% nunca recomendaram esse medicamento para algum paciente, 77,8% nunca prescreveram, 61,1% não se sentiam preparados para indicar ou prescrever a PrEP, 81,5% afirmaram precisar de treinamento para prescrever esse método e 50% já foram perguntados espontaneamente por um paciente sobre a PrEP. Esses dados revelam, segundo os autores, que a insegurança e falta de treinamento desses profissionais, podem dificultar o acesso dos pacientes a profilaxia, mesmo interessados em utilizar o serviço. Assim, a eficácia desse método está relacionada não apenas ao acesso, mas também da capacidade dos profissionais de fornecerem informações precisas.

Nesse sentido, as respostas dos usuários, indicaram algumas facilidades, dentre elas, o acesso à informação e incentivo a utilização dos serviços de prevenção ao HIV

pelos profissionais dos serviços de saúde dos municípios que residiam. Outros aspectos positivos citados foram o bom atendimento e funcionários atenciosos. Dentre eles: V11 “Sim, porque trabalho na secretaria de saúde. Foi boa, comecei pela PEP porque me cortei com objeto cortante e fui no hospital em Guarabira tomar a PEP”, V13 “Sim, foram super atenciosos! Me ajudaram bastante em todos os aspectos!”, V19 “Sim. muito boa. todas possíveis”, V25 “Sim, boa. Falaram sobre o cuidado 6 meses repete o exame em João Pessoa e no Brejo da Cruz” e V31 “Sim. Fui incentivada”.

Esses resultados sinalizaram aspectos positivos e negativos presentes nos serviços de saúde das cidades do interior da Paraíba encontrados nas respostas dos usuários. Enquanto alguns citaram a burocracia, a não disponibilidade de métodos para as pessoas não expostas ao vírus e a falta de informação, outros apontaram o bom atendimento como ponto positivo ao buscarem informações sobre o HIV. Nesse sentido, observou-se nesse último caso, o cuidado no atendimento, entretanto, os serviços aparentam carecer de mais investimento em áreas chave nas políticas públicas de prevenção ao HIV.

Em outra questão que abordava o receio em buscar informações sobre esse tema nas cidades do interior do Estado (Você tem e/ou teve receio em buscar informações sobre os serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) no município que você reside? Caso sim, quais motivos o levaram a ter esse receio?), vinte e quatro respostas, 70,59%, afirmaram não ter ou que não tiveram receio em buscar os serviços, enquanto dez pessoas, 29,41, afirmaram ter ou que teve receio, uma pessoa não respondeu à pergunta. Dentre as respostas negativas a pergunta, o comentário de V30 afirmou “Não nenhum tipo de receios” e V26 “Fiz o teste em Bayeux e sempre deu negativo. Não, nenhum receio, teve que fazer mesmo”.

As pessoas que responderam sim a essa pergunta, indicaram como motivos para o receio em buscar esses serviços no município em que residiam, a desorganização do município na área da saúde, o preconceito, discriminação e os sentimentos de vergonha e julgamento. Dentre esses comentários: V1 “O preconceito das pessoas, por eu ser muito conhecida na cidade”, V8 “Sim. Meu receio é por as pessoas não entenderem o assunto já criam uma discriminação por não saberem o que é”, V9 “Não procuro saber disso lá, fico me escondendo do povo pra ninguém ver e dizer que eu tenho. Deu negativo e postei os resultados nas redes sociais”, V10 “Sim, ainda existe muito preconceito”, V13 “Um pouco, por causa do preconceito”, V16 “sim! o preconceito pois o assunto HIV ainda e muito discriminado na minha cidade”, V23 “Sim. Vergonha”,

V24 “Desorganização do município na área da saúde” e V31 “Sim. Julgamento”. Esses sentimentos negativos associados as profilaxias, como a vergonha, julgamento, preconceito e discriminação, atuam como obstáculos na adesão e permanência na PrEP (Dubov *et al.*, 2018).

Esse receio em buscar informações sobre os serviços de saúde de prevenção ao HIV/Aids, ocasionado pelo preconceito e discriminação, além dos sentimentos de vergonha e julgamento, potencializados por residirem em uma cidade pequena, atuam como barreiras para o acesso os métodos de prevenção a essa infecção. Dentre os pontos citados estava o não conhecimento da população dessas cidades das profilaxias mencionado por V8. Esse desconhecimento “[...] atua diretamente sobre valores depreciativos que culminam em posturas discriminatórias e julgadoras” (NUNES, 2022, p. 50). Além disso, o fato de considerar começar a PrEP, é relacionado ao risco potencial de infecção pelo HIV, o que já carrega em si o estigma relacionado ao vírus (Dubov *et al.*, 2018). Desse modo, o estigma, relacionada a essa epidemia, torna-se o “[...] maior empecilho aos avanços das ações e políticas que buscam garantir os direitos dos seus portadores à dignidade e cidadania” (Monteiro; Villela, 2013, p. 17).

Outro temor indicado nas respostas é o receio em ser visto ou percebido como uma pessoa vivendo com HIV/Aids, como citado por V9 que se “esconde” ao acessar o serviço da PrEP para “ninguém ver e dizer que eu tenho”, optando por publicizar o seu resultado negativo em uma rede social. Esse estigma relacionado a infecção, segundo Nunes (2022, p. 49), é utilizado como motivo para gestão da informação relacionada a utilização da PrEP, sendo ele um “[...] impedimento significativo para a prevenção e cuidados com o HIV”. Esse autor, também indica que o “medo de serem confundidas com pessoas vivendo com HIV ou aids[...]” (Nunes, 2022, p. 49) tem relação com os estigmas antecipados e internalizados pelos usuários, que os levam, como V9, a não revelarem a utilização da PrEP.

Essa realidade apresentada por usuários da PrEP das cidades do interior do Estado da Paraíba que acessam o serviço na capital do Estado, demonstraram o meio/fonte pela qual obtiveram o acesso à informação da PrEP e algumas das dificuldades em relação ao acesso da população do Estado a informação das políticas de prevenção. Desse modo, cabe sinalizar a importância de pesquisas que estudem essa circulação das informações que orientam as pessoas a acessarem a PrEP e os impactos da sua utilização nesses ambientes de interação, principalmente as que consideram as

realidades locais e regionais, compreensão fundamental para as políticas de prevenção ao HIV (Santos; Granjeiro; Couto, 2022).

Essas pesquisas tornam-se fundamentais, pois segundo Andrade *et al.* (2024), a falta de informações sobre a PrEP e PEP afetam o aumento do número de casos, já que muitas pessoas não utilizam esses métodos por não conhecerem ou não localizarem informações sobre elas. Esses autores sinalizam as propagandas com “informações compreensíveis e acessíveis” sobre a PrEP e PEP como meios benéficos para a redução da transmissão, sendo as redes sociais e plataformas digitais, espaços importantes para essa divulgação. Essas informações precisam ser abrangentes e de fácil acesso para atingirem essa eficácia, essas políticas estão relacionadas a disseminação de informações sobre esses métodos (PrEP e PEP) relevantes para auxiliar no processo de prevenção ao HIV (Andrade *et al.*, 2024, p. 8).

Essas concepções se coadunam com os preceitos de Mendanha *et al.* (2021) ao tratarem os conhecimentos populacionais relacionados a prevenção como inseridos nas vulnerabilidades populacionais ao vírus (social, individual e programática). Assim, as vulnerabilidades sociais relacionadas a PrEP e PEP dizem respeito ao acesso a informações, as vulnerabilidades individuais fazem referência ao grau e interpretação dessas informações e as programáticas relativas as ações governamentais e não governamentais na prevenção e combate ao HIV (Mendanha *et al.*, 2021).

Em consonância com a indicação desses autores, alguns usuários ao serem questionados sobre estratégias que poderiam ser adotadas para aumentar o acesso a PrEP e PEP (Quais possíveis estratégias poderiam ser feitas para ampliar o acesso aos serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP)?) indicaram a informação como um dos pilares para a democratização do acesso a essas políticas. A usuária V9 indicou a necessidade de mais informação, pois considera que ninguém conhece a PrEP e PEP e que obteve a informação da existência desses métodos após buscar outra forma de prevenção (preservativos): “Eu acho que ta precisando de mais informação, ninguém conhece isso aí não meu filho. Só conheci porque fui pegar camisinha”.

Seguem nesse mesmo entendimento os usuários V4 “Mais divulgação”, V18 “MAIS DIVULGAÇÃO” e V21 “divulgação dos serviços”. V11 e V36 também indicaram, respectivamente, mais informações e divulgação, acrescentando a disponibilidade desses serviços nas cidades e a conscientização da população sobre prevenção ao HIV: “Mais informação e que fosse disponível em todos os municípios” e “Divulgação e conscientização entre toda a população”. V7 e V13 indicam espaços e

meios de divulgação de informações sobre a PrEP E PEP para aumentar o seu acesso, como a internet, rua, escolas e serviços sociais: “Acredito que a internet é o maior meio de comunicação para atingir jovens. E a rua para atingir garotas (o) de programa” e “Ser mais falado para as pessoas em palestras em escolas e serviços sociais”. Por fim, V27 indicou a necessidade do investimento em marketing e ações para divulgação dessas informações por órgãos governamentais: “Mais marketing e ação por parte do Estado e governo Federal”.

Desse modo, como sinalizaram as respostas desses usuários, é preciso ampliar os níveis de conhecimento relacionados ao HIV/Aids e aos meios de prevenção em toda a população, destacando a parcela jovem e os profissionais de saúde, pois, de acordo com Santana *et al.* (2021, p. 12438), “[...] o baixo conhecimento sobre as ferramentas de proteção sexual, tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde, parece ser uma das principais causas para a não utilização desses métodos (PEP, PrEP)”.

Considerando-se esse contexto, Herzlich e Pierret (2005, p. 97), levantaram uma reflexão da importância da informação relacionada a prevenção ao HIV, ao questionar sobre as pessoas que estão menos aptas a gerenciar no seu dia a dia o risco de infecção, ao não saberem sobre a infecção (prevenção, formas de transmissão, diagnóstico e tratamento), afirmando que, nesses casos, a infecção poderia se transmutar em uma outra metáfora “[...] a da morte inevitável daqueles que não estão armados para viver”. Considerando-se que a “[...] a vida exige apoio e condições possibilitadoras para poder ser uma vida vivível” (Butler, 2009, p. 36). Baseando-se nos estudos de Herzlich e Pierret (2005), Lermen *et al.* (2020, p. 15), trazem um questionamento fundamental para os dias atuais de enfrentamento ao HIV/Aids: “qual é o futuro daqueles que não sabem como sobreviver à infecção?”.

Assim, é fundamental garantir o acesso as informações relacionadas a esse tema, fomentando a equidade na informação em saúde e garantindo ferramentas que possibilitem as pessoas a prevenção (Sousa; Soares, 2024). Dado que, ao dispor de informações de qualidade, incorporando-as no seu repertório de vida de modo a usá-las na prevenção, reduz-se as situações de vulnerabilização (Ritter, 2023), ou seja, os cenários de exposição ao risco a infecção são minorados.

Entretanto, Fernandes (2018), sinaliza o temor em relação ao conhecimento da população sobre a PrEP, apontando como parâmetro a PEP, que segundo o autor, passou dez anos para começar a ser conhecida e utilizada pelos brasileiros. Ele indica que é preciso considerar três fatores para que uma nova política de prevenção ao HIV

seja incorporada: “vontade política e investimentos governamentais, aceitação e assimilação pelos profissionais de saúde e informação para a população” (Fernandes, 2018, p. 12).

Cabe considerar, nessas estratégias, que o conhecimento e o acesso as políticas de prevenção ao HIV não são iguais para todas as faixas etárias (Avelino-Silva *et al.*, 2022), grupos sociais, localidades, renda, escolaridade e outros diversos marcadores sociais que produzem vulnerabilidade relacionada a informação em saúde. Desse modo torna-se essencial considerar essas distinções nas ações e planejamentos estratégicos que busquem divulgar esses conhecimentos, já que essas diferenças podem produzir repercussões nas taxas de incidência do HIV (Avelino-Silva *et al.*, 2022).

Entretanto, embora os empenhos realizados na busca pela difusão dessas informações sobre as profilaxias, mais especificamente da PrEP, direcionados para atração de novos usuários aos serviços, existe uma limitação institucional relacionada ao acesso (Fernandes, 2022). Essa limitação é produzida de acordo esse pesquisador pela concentração dos serviços dispensadores da PrEP no país em grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, ou em capitais e grandes cidades quando se trata de outros Estados.

Essa concentração geográfica das políticas de prevenção ao HIV, produz barreiras para o “[...] acesso e a difusão de informações que são importantes para a população que pode fazer uso de PrEP para evitar novas infecções por HIV” (Fernandes, 2022, p. 19). Essa difusão de informação é fundamental, a PrEP simboliza, nesse sentido, simultaneamente “[...] um método eficaz de ampliação do direito à saúde e uma forma eficiente de tornar o tema do HIV/Aids relevante na vida de diversas pessoas” (Matias; Franch; Silva, 2022, p. 89), contribuindo para a inclusão de milhares de usuários nos serviços de saúde pública com diferentes vulnerabilidades sociais que possuem barreiras significativas para o acesso aos serviços de saúde (Matias, 2022).

Em vista disso, torna-se primordial:

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 (Santos, 2024, p. 169).

Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa, e as discussões realizadas nesse subtópico, coadunam com os achados de Santos (2024), ao sinalizar a falta de

informação como um dos aspectos que dificultam o acesso e a permanência na PrEP, enquanto os conhecimentos sobre essas políticas atuam de maneira favorável. Nessa perspectiva, considerando-se esse entendimento, que fatores contribuem negativamente ou positivamente para o início e adesão às profilaxias, que se estruturou o subtópico 5.4 “dificuldades e facilidades dos usuários do interior da Paraíba no acesso à PrEP em João Pessoa”, visando analisar, possíveis dificuldades e/ou facilidades no acesso e permanência a esses métodos de prevenção ao HIV na concepção dos usuários de municípios de médio e pequeno porte do interior da Paraíba participantes desse estudo.

5.4 DIFICULDADES E FACILIDADES DOS USUÁRIOS DO INTERIOR DA PARAÍBA NO ACESSO À PREP EM JOÃO PESSOA

Ao analisar e discutir os dados produzidos pela aplicação do instrumento de pesquisa (questionários) com os usuários da PrEP residentes em cidades do interior da Paraíba, observou-se a precariedade no acesso à informação sobre o HIV e seus métodos de prevenção, como a PrEP e PEP. Além disso, a falta de informação sobre a infecção por parte da população de algumas das cidades de residência dos voluntários dessa pesquisa foi sinalizada em seus comentários como responsáveis pelo preconceito social relacionado ao HIV e o temor em buscar o serviço de saúde do município que moravam. Dentre as razões elencadas para esse receio estavam o medo da quebra de sigilo profissional em relação a uma possível utilização da PrEP e PEP ou outro serviço relacionado à prevenção da infecção, e por ser uma cidade em que “todos se conhecem”, temiam ser percebidos ou confundidos com uma pessoa vivendo com HIV/Aids e da discriminação que poderia vir a sofrer por estar usando esses métodos de prevenção.

Essa realidade vivenciada nessas cidades do interior da Paraíba afeta, não apenas o acesso à informação como elencado no subtópico 5.3 “acesso à informação sobre HIV/Aids, prevenção e disponibilidade de políticas públicas em saúde”, mas também o acesso aos serviços de saúde voltados à prevenção, testagem e tratamento ao HIV, como foi possível constatar através dos temores revelados nas respostas dos usuários. Ao compreender a importância da informação, concebeu-se, como indicam Guedes e Stephan-Souza (2009), que os usuários ao tomarem posse dessas informações relacionadas à infecção, elas contribuirão para o seu processo de cuidado e prevenção, possibilitando que eles busquem os serviços conforme suas demandas.

Segundo Travassos, Oliveira e Viacava (2006, p. 976) o acesso trata-se da “[...] possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário”. Nesse sentido, o acesso pode ser facilitado ou obstruído através de diferentes fatores, como acesso ou não a informação, maior ou menor renda e residência na capital ou interior. No Brasil, o SUS, é orientado pelos princípios de acesso universal e igualitário. Segundo esses autores, o princípio constitucional de justiça social se realiza nos serviços de saúde por meio da igualdade no acesso a esses serviços por sujeitos socialmente distintos.

Nessa concepção, o Ministério da Saúde indica que, apesar dos avanços e crescimento da oferta e de usuários nesses serviços, o Brasil ainda apresenta diferentes barreiras na expansão das profilaxias de prevenção ao HIV e na diminuição do estigma (Brasil, 2024b). Dessa maneira, apesar dos “[...] avanços tecnológicos na oferta de novos medicamentos e materiais de prevenção, o acesso a esses insumos ainda é marcado por desigualdades socioeconômicas, culturais e raciais[...]

 (Brasil, 2024b, p. 6), assim como, questões relativas ao estigma e discriminação que impactam negativamente a equidade.

Desse modo, concebe-se que o acesso reflete as características da oferta dos serviços de saúde que produzem facilidades e obstruções em relação a capacidade das pessoas em utilizarem esses serviços quando deles demandam (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). De acordo com esses estudiosos, as barreiras de acesso são produzidas a partir das próprias características desses sistemas e dos serviços de saúde. Dentre essas barreiras no acesso aos serviços de saúde estão a: “[...] disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema [...]” (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006, p. 976).

Nesse contexto, considerando-se esses fatores estruturais, e os psicossociais, o alcance e a efetividade dos métodos de prevenção têm sido mitigados. Nesse sentido, os grupos sociais que encontram-se em maior vulnerabilidade a infecção, acabam com a utilização limitada ou a não utilização dessas políticas, tornando-se fundamental a redução dessas barreiras estruturais relacionadas ao acesso aos serviços (Grangeiro *et al.*, 2015). Esses pesquisadores consideram que o foco nos aspectos sociais, políticos e econômicos produzem maior repercussão nas intervenções estruturais. Indicando que, ao se tratar da epidemia do HIV as:

[...] intervenções para alterar desigualdades sociais típicas de centros urbanos
[...] promoção da equidade no acesso a serviços, direcionadas

especificamente para grupos com maior risco, podem ter maior efeito na redução da incidência do HIV do que políticas macroestruturais, que, embora importantes, não incidem imediatamente na cadeia de causalidade da epidemia (Grangeiro *et al.*, 2015, p. 55).

Nessa concepção, tratando-se sobre usuários que vivem com HIV e da concentração geográfica desses serviços, a pesquisa de Reis (2022), realizada em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Norte, indicou que apenas 36,92% dos entrevistados residiam no município que faziam tratamento e os outros moravam em cidades próximas e realizavam o deslocamento nos dias que precisavam ir ao hospital (consultas, exames e retirada de medicamentos). Diante dessa realidade, a autora apontou um aumento da carga viral de um usuário, como possível falta de adesão aos antiretrovirais, decorrente de fatores como a não acessibilidade dos serviços ocasionada pela necessidade de deslocamento entre municípios e falta de condições socioeconômicas para o deslocamento.

Em relação aos serviços de saúde direcionados a prevenção ao HIV, como a PrEP e PEP, estudos recentes apontam alguns obstáculos que dificultam o acesso as profilaxias. A localização desses serviços, é indicado por Pimenta *et al.* (2022) como um elemento facilitador ou dificultador as pessoas mais vulneráveis, em que a necessidade de deslocamento, por exemplo, unidades longe de regiões periféricas ou em cidades distintas das de residência dos usuários e/ou possíveis usuários, é um fator limitante do acesso e permanência nessas políticas de prevenção.

Ademais, outras dificuldades se assemelham as apontadas para o acesso aos serviços de saúde de pessoas vivendo com HIV, como o deslocamento entre cidades e a falta de condições econômicas para esse trajeto (Reis, 2022), também são encontradas nas respostas dos usuários da PrEP que residiam em cidades do interior da Paraíba participantes desse estudo. A pesquisa de Souza *et al.* (2021, p. 5) realizada entre novembro de 2018 a abril 2019 com doze usuários da PrEP em dois serviços de referência do Rio de Janeiro, indicou algumas barreiras estruturais enfrentadas pelos usuários para o acesso à PrEP como o “[...] número escasso de unidades de atendimento e localização dos centros que ofertam PrEP, o horário limitado de funcionamento além do tempo elevado de espera para serem atendidos”.

Entre as três barreiras estruturais citadas no estudo realizado no Rio de Janeiro, duas também foram indicadas por usuários da PrEP do interior da Paraíba que utilizavam o serviço em João Pessoa. Essas duas dificuldades foram o número escasso de unidades e localização, exemplificadas pelos usuários V14 “deficitário, pois reúne

toda a demanda do estado praticamente em duas unidades”, V5 “Dificultou por ser em João Pessoa”, V1 “Sim, porque se na minha cidade tivesse esse tratamento, não precisava eu sair da minha cidade, pra J. Pessoa” e V15 “Se o acesso estivesse em Sousa, se manda-se para Sousa para facilitar o acesso do povo do sertão”.

O tempo elevado de espera no atendimento, pode ser observado nas falas de: V15 “Serviços disponíveis, só é demorado”, V13 “So o que incomoda é a demora” e V35 “tempo e horário, pois o sistema do processo p/ receber a medicação e demorado”. O horário limitado de funcionamento apresentado como dificuldade pelos usuários do Rio de Janeiro não apareceu nos relatos fornecidos pelos paraibanos, apesar de indicarem inconvenientes relacionados ao trabalho ou cuidados com familiares para acessarem o serviço em horários comerciais.

O trabalho de Souza *et al.* (2021) também elencou algumas dificuldades individuais percebidas por usuários da PrEP para o acesso a profilaxia “[...] falta de recursos financeiros para seu deslocamento ao centro de distribuição de PrEP”. Essa adversidade também esteve presente nas repostas dos usuários participantes dessa pesquisa, como V5 “Dificulta, porque as vezes não tem [dinheiro] e preciso arrumar emprestado” e V9 “Dificulta, porque é distante, não tenho saúde e preciso gastar dinheiro. Tiro de um santo para cobrir outro, as vezes deixo de comer. Não pago uma luz, água ou não compro comida para pagar o carro”.

Considera-se, assim como indica Travassos, Oliveira, Viacava (2006), a existência de facilidades e/ou dificuldades no acesso aos serviços de saúde e das barreiras de acesso produzidas pelos serviços de saúde, incluindo as profilaxias ao HIV (Souza *et al.*, 2021), como a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica. Nesse sentido, foram incluídas perguntas nos questionários voltadas a compreender essa percepção da realidade dos usuários da PrEP que não residem em João Pessoa, assim como sua utilização da PEP. As respostas produzidas por esses usuários e analisadas nesse subtópico, refletiram esse contexto enfrentado por esses usuários no acesso e permanência a esse serviço de saúde na Paraíba.

A primeira questão sobre esse tema (você percebeu alguma barreira ao buscar os serviços de saúde de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.)?) indicou que vinte e seis pessoas das trinta e cinco, cerca de 74,29%, apontaram não ter percebido nenhuma dificuldade ao buscar os serviços de prevenção aos HIV/Aids. Entretanto, cabe sinalizar, que algumas respostas mesmo indicando não a essa pergunta, geraram dúvidas quanto ao entendimento da pergunta pelo usuário.

As respostas de V23 “não. fui muito bem atendida” e V28 “NÃO, FOI TRANQUILO. ISABEL ME AUXILIOU BEM DESDE O COMEÇO” deixam margem para a interpretação de que a resposta pode ter sido dada considerando o atendimento e o serviço na capital. Os usuários indicaram que se sentiram bem atendidos e auxiliados pela psicóloga responsável pelo serviço. Nessa lógica, V26 diz que “Não, venho e tem que vir mesmo” abrindo margem para que se compreenda que existem dificuldades, mas que por ter que “vir mesmo”, ele releva e diz não. Por fim, V11 “Não, a única barreira é o transporte” afirma que não, porém logo em seguida aponta uma dificuldade que é o transporte.

Em relação aos nove usuários que responderam sim, equivalente a 25,71%, sinalizaram como barreiras ao acesso aos serviços de prevenção ao HIV/Aids a indisponibilidade dessas políticas nos municípios que residiam, preconceito, transporte, distância, duração do deslocamento, viagem cansativa, valor gasto e indisponibilidade de tempo por causa do trabalho. Dentre as respostas que responderam sim, temos o de V1 “Na minha cidade além de não ter o devido tratamento. Ainda vem o preconceito de muitos”, V6 “a barreira é que quando você tem tempo disponível e bom, mais quando você trabalha fica difícil eu só uma delas” e V9 “A dificuldade é a distância e o carro. Deve ter em toda cidade porque todo mundo adoce e é estuprada. Deveria ser igual a Igreja que tem em todo canto”.

Uma usuária respondeu sim para essa pergunta, entretanto, através da sua resposta entende-se que a dificuldade foi permanecer no tratamento, entretanto, não esclarece se essa pausa no tratamento ocorreu por alguma dificuldade relacionada ao serviço ou ao buscar novamente acessá-lo: V3 “Sim, parei a PREP e por estar transando com Deus e o mundo, nasceu uma veruguinha e precisei fazer o tratamento no CTA e voltei para a PREP”. Dentre os casos de interrupção desse medicamento estão o “[...] teste de HIV reagente, alterações nos exames laboratoriais, baixa adesão ao medicamento, eventos adversos, suspeita de infecção viral aguda, decisão do usuário ou não retorno para atendimento na data prevista” (Monteiro *et al.*, 2024, p. 2). Dentre os participantes da pesquisa, apenas V3 indicou já ter interrompido e voltado ao serviço em algum momento “Desde 2020, paro e volto”.

A tabela 9, descreve o período em que os sujeitos participantes da pesquisa utilizavam a PrEP. A maioria dos usuários, vinte e quatro, representando 70,58% dos trinta e quatro que responderam essa pergunta (a quanto tempo você utiliza a PrEP em João Pessoa?), estavam utilizando a PrEP por um período menor que dois anos. Cabe

mencionar que seis usuários (V13, V17, V18, V19, V29 e V36), cerca de 17,66%, iniciaram a PrEP no dia que responderam ao questionário desse estudo.

Tabela 9 – Distribuição por frequência do tempo de utilização da PrEP pelos usuários entre janeiro e abril de 2024

Tempo de utilização da PrEP	N	%
< 1 ano	11	32,35
≥ 1 ano < 2 anos	13	38,23
≥ 2 anos < 3 anos	3	8,83
≥ 3 anos < 4 anos	3	8,83
≥ 4 anos < 5 anos	2	5,88
≥ 5 anos	2	5,88

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Na tabela 10, é possível observar a distribuição por frequência das respostas dos usuários a pergunta (caso a PrEP estivesse disponível nos serviços de saúde do município que você reside, você acredita que teria buscado esse serviço anteriormente?). Dos trinta e cinco usuários, vinte e três, cerca de 65,71%, afirmaram acreditar que teriam procurado o serviço de prevenção ao HIV antes do período iniciado em João Pessoa, caso a PrEP estivesse disponível na época nos serviços de saúde da cidade em que residiam.

Dentre esses usuários que afirmaram sim a essa pergunta, alguns apontaram maior comodidade do serviço na cidade e a possibilidade de maior acesso à informação: V4 “Sim, mas cômodo, mais perto teria mais informação” e V8 “Sim ainda mais por ser próximo a minha residência”. Essa percepção dos usuários, reflete questões de disponibilidade e acessibilidade dos serviços, o primeiro trata-se “[...] a relação entre número e tipo de serviço e as necessidades dos usuários” (Pimenta *et al.*, 2022, p. 2) e o segundo refere-se “[...] a adequação da localização do serviço, em função do tempo e dos custos envolvidos no deslocamento dos usuários” (Pimenta *et al.*, 2022, p. 2). Ambos os fatores favorecem o acesso e a permanência na PrEP e PEP.

Alguns sinalizaram que além da disponibilidade na cidade, teriam iniciado a política anteriormente, caso possuíssem informação sobre o serviço e não somente a sua disponibilidade: V5 “Sim, se alguém informasse. Conheci ao levar o meu irmão para consulta e após ter um relacionamento com um homem HIV positivo por 3 anos” e V15 “Sim, as vezes é falta do conhecimento e informação. As vezes não vai atrás porque não tem informação”.

Um usuário da cidade de Campina Grande, indicou que já está disponível e que pretende realizar a transferência: V28 “JA ESTA, E PRETENDO TRANSFERIR EM BREVE PRA LÁ”, como mencionando no subtópico 5.2. O usuário V14 pondera que teria iniciado antes em razão da logística, porém, também poderia não ter iniciado pelo que ele define como falta de profissionalismo dos trabalhadores de saúde da cidade: “sim, pela logística, e não, pela falta de profissionalismo dos servidores da saúde”.

Entre as doze pessoas que indicaram não a pergunta, justificaram que não utilizariam na cidade em razão do preconceito das pessoas e da família, falta de informação e por não acreditar no sigilo profissional na cidade em que residiam: V9 “Eu não, mas outras pessoas sim. Se eu procurar as pessoas vão ter preconceito e minha família também. Coloquei nas redes sociais Instagram, Facebook e status do Whatsap”, V13 “Acho que não, pois é uma coisa pouco falada”, V26 “Acredito que não. Porque tomei conhecimento ano passado. A psicologa perguntou se queria fazer a PREP.” e V27 “Não. (pois não acredito no sigilo profissional local)”.

Outros dois usuários, V10 e V24, mesmo com o serviço da PrEP disponível em suas cidades de residência, optariam pelo serviço no Hospital Clementino Fraga, não demonstrando-se os fatores para essa decisão: V10 “Preferiria continuar vindo a João Pessoa” e V24 “só sendo a única opção”. Outro usuário afirmou que não, apesar de já conhecer o serviço, optou por iniciar no período que efetivamente iniciou: V29 “Não, foi a primeira vez, já conhecia PREP, mas não quis buscar”.

Tabela 10 – Distribuição por frequência dos usuários da PrEP, em relação a acreditar ou não no início anterior ao período em João Pessoa, caso o serviço estivesse disponível na cidade que reside, entre janeiro e abril de 2024

Caso a PrEP estivesse disponível nos serviços de saúde do município que você reside, você acredita que teria buscado esse serviço anteriormente?	N	%
Sim	23	65,71
Não	12	34,29

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Diante dessa necessidade de deslocamento entre municípios, os usuários responderam à questão (como é feito o seu deslocamento da cidade em que você reside para João Pessoa?) indicando os meios de transportes utilizados por eles para acessarem

o serviço na capital. Duas usuárias não responderam essa questão de forma adequada (V30 “Sim tenho total disponibilidade no transporte” e V33 “horível chega muito cedo aqui”), entretanto, foi possível identificar que ambas utilizavam transporte disponibilizado pela prefeitura por meio das respostas a questão imediatamente posterior. Quatro usuários (V6, V8, V10 e V20) apontaram dois meios de transporte que costumam utilizar nesse trajeto.

Tabela 11 – Distribuição por frequência dos meios de transportes utilizados pelos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024

Meio de deslocamento	N	%
Alternativo	1	2,56
Carona	2	5,13
Transporte particular	16	41,03
Transporte da prefeitura	13	33,33
Transporte por aplicativo	4	10,26
Ônibus intermunicipal	3	7,69

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Na tabela 11 pode-se observar essa distribuição, do total de trinta e nove respostas, a maior parte (41,03%) dezesseis usuários, utilizavam transporte particular nos dias de consulta, exames e dispensa dos medicamentos da PrEP. O segundo meio de transporte mais utilizado era o transporte fornecido pelo município que o usuário residia, usado por treze pessoas, correspondendo a um terço dos usuários (33,33%).

Dois usuários indicaram a indisponibilidade de transporte custeado pelas prefeituras dos municípios que moravam, V6 afirma não ter o serviço, “não temos isso”, enquanto V14 sinaliza a existência do transporte, entretanto, menciona que os usuários da PrEP não podem utilizá-lo para acessar esse serviço “não é fornecido pela prefeitura, que não transporta usuários de PREP”. Nesses casos, as pessoas interessadas em acessar esse serviço que residem nas mesmas cidades que V6 e V14 e sem disponibilidade financeira para custear o deslocamento até a capital, possivelmente, não conseguiriam iniciar ou permanecer utilizando essa profilaxia em razão dos custos financeiros.

Na pergunta (caso o transporte utilizado para realizar o atendimento seja fornecido pela prefeitura do município em que você reside, como você se sentiu ao procurar a prefeitura?) buscou-se compreender a percepção dessas pessoas ao buscarem o transporte fornecido pela prefeitura. Alguns usuários mencionaram a facilidade de conseguir o transporte, mas não apontaram percepções sobre a recepção: V1 “Pra

utilizar o Transporte da Prefeitura é só mostra que tem consulta em J. Pessoa e colocar o nome pra vim no carro”, V15 “Só mostrar que vem fazer exames” e V25 “Nenhuma dificuldade, foi bom”.

Outros usuários, optaram por não identificar o hospital ao buscarem o transporte em razão do preconceito: V10 “Não identifico onde realmente vou ficar (hospital)” e V9 “Nunca pego para o Clementino, só para outros hospitais porque se pegar eles vão saber e ter preconceito”. Essas são estratégias mencionadas por esses usuários visando contornar o estigma relacionado as pessoas que utilizam o hospital. O usuário V8 se sentiu julgado, enquanto os usuários V11, V13, V16, V23 e V31 se sentiram acolhidos ao buscarem esse serviço na prefeitura em que residiam.

A oferta da PrEP encontra-se majoritariamente em serviços especializados voltados as pessoas com HIV/Aids. Diversos atores como profissionais de saúde, gestores e ativistas, observam esses locais como preparados para implementar o serviço da PrEP, como os Centros de Testagem Anônima – CTA e os Serviços de Atenção Especializada – SAE, em razão da expertise desses espaços com questões relacionadas a infecção (testagem, equipe capacitada, aconselhamento e informação especializada (sobre HIV, ISTs, diagnóstico e prevenção) (Pimenta *et al.*, 2022).

Entretanto, mesmo com essa visão global sobre essas instituições, da percepção de que os espaços especializados ou de referência para pessoas vivendo com HIV estão mais aptos para a disponibilidade da PrEP, existem limitações que surgem desse contexto. O estigma direcionado as pessoas soropositivas torna-se um obstáculo no acesso de pessoas que não vivem com o vírus, fazendo com que, prováveis usuários, por temerem serem vistos como soropositivos, recusem acessar essas políticas de prevenção nesses serviços (Pimenta *et al.*, 2022). Assim, a PrEP. adquire nesse contexto, uma associação com uma “[...] série de julgamentos e preocupações sociais e culturais”, estando inserido o temor em interpretar o uso da profilaxia com o tratamento para o HIV, além de outros estereótipos relacionados a infecção, como a irresponsabilidade sexual e a promiscuidade (Vieira; Strasser; Batista, 2024, p. 11).

Nesse sentido, ao acessarem esses serviços, diante do estigma relacionado ao HIV/Aids e o medo de serem percebidos como soropositivos, os usuários utilizam estratégias individuais para evitar essas questões (NUNES, 2022). Nesse estudo, os usuários V9 e V10, apontaram algumas dessas estratégias para utilizar o serviço em João Pessoa, mesmo usando um transporte disponibilizado pela prefeitura, para evitar situações de discriminação e preconceito.

O Complexo Hospitalar Clementino Fraga não possui apenas serviços relacionados ao HIV/Aids, atendendo também casos de Hanseníase, Pneumonia, Hepatites Virais e casos de Arboviroses. Apesar dessa multiplicidade de serviços e tratamentos, o hospital é referência no tratamento de pessoas com HIV desde década de 1990, acarretando “[...] uma série de percepções estigmatizantes sobre o hospital por parte da população da cidade” (Matias; Franch; Silva, 2022, p. 81).

Nota-se que essas percepções estigmatizantes produzidas sobre o hospital não se restringem aos moradores de João Pessoa, mas atingem o imaginário da população das cidades do interior do Estado, por ser um serviço de referência e reconhecido na Paraíba, como ficou evidenciado nas falas dos usuários V9 e V10. Os autores Matias, Franch e Silva (2022) mostram um caso relatado por um profissional de saúde de um hospital de referência para as doenças infectocontagiosas em João Pessoa, que assim como V9 e V10, encontrou uma alternativa para contornar essa situação, realizando a entrega dos medicamentos para alguns usuários fora do hospital, na rua, pois esses sentiam vergonha de entrar na instituição diante desse estigma relacionado ao HIV/Aids.

Nesse mesmo sentido, Matias (2022) indica uma alternativa encontrada por alguns casais sorodiscordantes, em relação ao estigma ao HIV relacionado com o espaço físico do hospital. Esse pesquisador menciona que algumas usuárias da PrEP no Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga acessaram esse serviço ao buscarem os medicamentos dos seus parceiros que viviam com HIV, elas faziam esse recebimento por seus parceiros como uma alternativa, já que eles não entravam no hospital em razão da estigmatização relacionada a epidemia. Outras pessoas de classe média da cidade de João Pessoa, optavam em ir a consultórios privados como alternativa aos serviços de referência públicos, visando ocultar a sorologia (Franch, 2018).

Esses usuários, V10 e V9, temem identificar ou “pegar para o Clementino” em razão do temor relacionado ao estigma em ir e permanecer em um serviço voltado para o tratamento de pessoas soropositivas (Costa; Jesus; Macedo, 2024). Assim, esses pesquisadores, compreendem que o estigma relacionado as pessoas soropositivas também atuam negativamente sobre os usuários das profilaxias, PrEP e PEP, de diversas formas, incluindo-se o impacto negativo na procura e na adesão desses serviços. Nesse mesmo sentido, o estigma e a discriminação relacionados a infecção, “[...] influenciam diretamente a disposição dos indivíduos em buscar e continuar o

tratamento” (Santos, 2024, p. 168), representando uma das maiores dificuldades para todo e qualquer método de prevenção ao HIV (Queiroz; Mendes; Dias, 2022).

Ocorre nesse caso, o “empréstimo” do estigma a partir do engano entre os usuários da profilaxia e os soropositivos que fazem tratamento com antirretrovirais, assim na “[...] percepção social a medicalização do risco e a medicalização da doença se confundem, da mesma forma que, ao compartilharem o mesmo local, se misturam [...] as pessoas que possuem o vírus e os usuários da PrEP” (Costa; Jesus; Macedo, 2024, p. 891). Esses autores, sinalizam como proposição para atenuar essa questão, a descentralização dos serviços de dispensação dos medicamentos para diminuir esses fatores que provocam barreiras no acesso as profilaxias.

Nesse ponto de vista, alguns usuários, mesmo considerando-se a existência do serviço em suas cidades, indicaram que não usariam nessas localidades, em razão desse empréstimo do estigma. Franch (2018, p. 137) ao mencionar sobre as pessoas que vivem com HIV, indica que “o medo de sofrer preconceito conduz tanto a um silenciamento em relação à sorologia quanto ao desenvolvimento de estratégias de ocultamento, tais como procurar serviços de saúde longe do local de moradia”. Essa concepção reflete os anseios de alguns dos usuários desse estudo, em relação ao silenciamento da utilização da PrEP (V9) ou a continuidade do serviço longe da cidade que residiam, mesmo se ele estivesse disponível no município (V5, V10, 27).

Tabela 12 – Distribuição por frequência do custo dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024

Custo	N	%
< 50 reais	16	51,61
≥ 50 reais < 100 reais	7	22,58
≥ 100 reais < 150 reais	5	16,13
≥ 150 reais < 200 reais	1	3,23
≥ 200 reais	2	6,45

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Na tabela 12, consta as respostas a questão (em média, qual o custo para esse deslocamento?), contendo os gastos, por exemplo, com transporte e alimentação, dos usuários durante os dias de atendimento e exames realizados em João Pessoa. A maioria, cerca de 51,61%, indicaram um custo menor que 50,00 reais e 38,71% indicaram um gasto entre 50,00 e menos de 150,00 reais em cada dia de atendimento. Alguns usuários não possuíam gastos como V25 “Nenhum, fico na casa de apoio que

tem tudo, inclusive alimentação” e V26 “Não tem custo”, enquanto os maiores gastos foram do V14 “de carro próprio cerca de 700,00; de ônibus: 500,00” e V34 “600 Reais”. Nesses casos, o fator socioeconômico pode ser um dos elementos que vai contribuir para o acesso ou não a essa política, a depender do apoio da prefeitura para subsidiar os custos (transporte e/ou alimentação) ou da disponibilidade financeira pessoal.

Ao considerar o custo de deslocamento para acessar o serviço da PrEP na capital, foi questionado (esse valor dificultou o seu início e/ou dificulta a sua permanência na PrEP?), objetivando coletar percepções sobre possíveis dificuldades para iniciar ou para a permanência relacionados ao valor gasto em cada dia de consulta. A tabela 13, apresenta as respostas fornecidas a essa pergunta, das trinta e duas, nove (28,13%) consideraram que esse valor gasto dificultou ou dificultava o seu acesso ao serviço. Dentre essas pessoas, V1 teve seu início e V6 sua permanência na profilaxia dificultada pelo custo de deslocamento e V9 “Dificuldade em tudo, né meu filho? E só tenho esse dinheiro [bolsa família], é pouco, mas agradeço por Lula ter ganhado”.

É possível perceber através da resposta de V5, além da porcentagem de 28,13% dos usuários, que o custo é percebido como um elemento que trouxe dificuldades no início ou na permanência no serviço, valor esse em alguns casos, como V5 “Sim, facilitaria em tudo por não gastar com transporte[...]”, associados ao deslocamento necessário para utilizar o serviço em outro município. Fernandes (2022) aponta a necessidade de levar em consideração os fatores socioeconômicos para o oferecimento de serviços de dispensação da PrEP, pois esse fator é crucial para se assegurar a eficiência dessas políticas que possuem como foco a redução de novos casos dessa infecção.

Tabela 13 – Distribuição por frequência dos usuários da PrEP, em relação a percepção se o custo dificultou/dificulta o início ou permanência, entre janeiro e abril de 2024

O valor dificultou o início ou permanência?	N	%
Sim	9	28,13
Não	23	71,87

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Na questão (quanto tempo é gasto no seu deslocamento da sua cidade que reside para João Pessoa?) foi questionado o tempo gasto para o deslocamento entre o município que reside e o que faz uso do serviço. Na tabela 14, observa-se que a maior

parte das trinta e duas respostas, 40,63%, gastavam menos de uma hora e 31,24% entre uma hora e menos que três. Os menores tempos de deslocamento foram de V36 “10 minutos”, V24 “15 minutos” e V18 “20 minutos” e os maiores foram de V15 “8 horas ida e volta 8 horas”, V13 “7 a 8 hrs”, V14 “de carro: 7h; de ônibus: 11h”, e V25 “6 horas pra vir e 6 horas pra voltar”. Esse tempo é gasto com deslocamento, entretanto, cabe mencionar que o usuário precisa dispor de um horário livre maior para os exames, atendimento, consulta e dispensa do medicamento, como é o caso de V1 “Saiu de casa as 10:00 da manhã e volto as 8:00 da noite”.

Tabela 14 – Distribuição por frequência do tempo de deslocamento dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024

Tempo de deslocamento	N	%
< 1 hora	13	40,63
≥ 1 hora < 2 horas	5	15,62
≥ 2 horas < 3 horas	5	15,62
≥ 3 horas < 4 horas	3	9,37
≥ 5 horas < 6 horas	1	3,13
≥ 6 horas < 7 horas	1	3,13
≥ 7 horas < 8 horas	2	6,25
≥ 8 horas	2	6,25

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Diante desse tempo necessário para deslocamento até o serviço, foi questionado (esse tempo de deslocamento dificultou o seu início e/ou dificulta a sua permanência na PrEP?) se ele trouxe alguma dificuldade para iniciar ou permanecer utilizando a PrEP. Das trinta e quatro respostas, dez (29,41%), afirmaram sim para esse questionamento, como é possível identificar na tabela 15. Dentre as dificuldades sinalizadas, duas estão relacionadas ao trabalho V4 “Sim, por conta do trabalho” e V5 “Sim, porque poderia estar de plantão” e uma questão ligada a saúde V9 “Como tenho diabetes, fico passando mal. Sou cega de um olho”.

Tabela 15 – Distribuição por frequência dos usuários da PREP, em relação a percepção se o tempo de deslocamento dificultou/difículta o início ou permanência, entre janeiro e abril de 2024

O tempo de deslocamento dificultou o início ou permanência na PrEP?	N	%
Sim	10	29,41
Não	24	70,59

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Outro questionamento (você realiza no dia de atendimento o deslocamento da cidade em que você reside para João Pessoa apenas para ir ao atendimento ou aproveita outra atividade na cidade?) foi feito aos usuários perguntando se o deslocamento realizado nos dias de atendimento ao serviço era feito exclusivamente com esse objetivo ou se realizava outra atividade na cidade. Esses dados estão presentes na tabela 16, em que é possível observar que treze pessoas das trinta e cinco, 37,14%, realizavam outra atividade nos dias de atendimento em João Pessoa. Dentre essas atividades estavam: trabalho (V22, V33 e V34); compras e pagar contas V9 “Algumas coisas, comprar remédio, alguma coisa, pagar contas” e V26 “Aproveito para fazer compras”; lazer V15 “Outra atividade, lazer”; e visitar familiares V20 “Aproveito pra passar o dia na casa de parente”.

Tabela 16 – Distribuição por frequência das respostas se realiza ou não outras atividades nos dias de atendimento dos usuários da PrEP entre janeiro e abril de 2024

Realiza outra atividade no dia de atendimento?	N	%
Sim	13	37,14
Não	22	62,86

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em outras duas perguntas (essa necessidade de deslocamento entre cidades dificultou o seu início na PrEP?) e (essa necessidade de deslocamento entre cidades dificulta a sua permanência na PrEP?), os usuários foram perguntados sobre se a necessidade de deslocamento, independentemente da duração e distância, dificultou ou dificultava o início ou a permanência no serviço na capital. Ao considerar o deslocamento, os dados apontaram para uma maior dificuldade em iniciar do que

permanecer na PrEP. Em relação ao início, doze pessoas das trinta e cinco, 34,29%, apontaram dificuldades (tabela 17).

Dentre essas pessoas: V1 “Sim, porque se na minha cidade tivesse esse tratamento, não precisava eu sair da minha cidade, pra J. Pessoa”, V5 “Dificultou por ser em João Pessoa” e V9 “Dificultou, porque estava trabalhando e precisei sair do trabalho. Vim cedo e voltei tarde”. Uma das pessoas que realizava o deslocamento entre seu município de residência e o que fazia uso do serviço por meio de bicicleta, considerou que não tem dificuldade nesse trajeto por já estar acostumado com o meio de transporte: V26 “Não, já estou acostumado a andar de bicicleta”.

Tabela 17 – Distribuição por frequência dos usuários, em relação a percepção se o deslocamento dificultou o início da PrEP, entre janeiro e abril de 2024

A necessidade de deslocamento dificultou o início na PrEP?	N	%
Sim	12	34,29
Não	23	65,71

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Tratando-se sobre o deslocamento e a permanência no serviço, oito pessoas das trinta e quatro, 23,53%, afirmaram que a necessidade de deslocamento dificultava a permanência deles na PrEP (tabela 18). Dentre eles, uma usuária sinalizou dificuldades em relação a distância, saúde e financeira, optando por não comprar comida ou pagar uma conta (água ou luz) para arcar com o transporte para João Pessoa: V9 “Dificulta, porque é distante, não tenho saúde e preciso gastar dinheiro. Tiro de um santo para cobrir outro, as vezes deixo de comer. Não pago uma luz, água ou não compro comida para pagar o carro”. Outras duas pessoas afirmaram que esse deslocamento não dificultava a permanência, porém, sinalizaram a importância do serviço e, apesar das dificuldades, permaneciam utilizando: V5 “não, porque vou continuar independente das dificuldades” e V14 “não, pois a ciência da importância da PREP acaba sendo mais forte”.

Tabela 18 – Distribuição por frequência da percepção dos usuários sobre o deslocamento e a dificuldade ou não para a permanência na PrEP

A necessidade de deslocamento dificulta a permanência na PrEP?	N	%
Sim	8	23,53
Não	26	76,47

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em outra questão (conhece alguém que gostaria de iniciar e/ou parou a PrEP por causa da necessidade de deslocamento entre cidades? Caso sim, por qual motivo?), nove dos trinta e cinco usuários, 25,71%, indicaram conhecer alguém que gostaria de começar ou parou a PrEP em razão do deslocamento até a capital (tabela 19). Dentre os que indicaram conhecer alguém nessa situação, alguns motivos apontados foram o financeiro, distância, tempo de deslocamento e trabalho: V3 “Sim, dinheiro”, V9 “Teve pessoas que deixou de vir porque é longe. Acredito que é por tudo isso, a distância, dinheiro e o stress”, V14 “sim, por disponibilidade de tempo (por causa do trabalho) e de dinheiro para arcar com os gastos”, V 31 “Sim. Por conta do trabalho/emprego” e V33 “Sim, tempo”. Dentre as pessoas que apontaram não ao questionamento, V15 sinalizou não conhecer ninguém nessa situação em razão da falta de informação sobre o serviço, como descrito no subitem 5.3.

Tabela 19 – Distribuição por frequência do conhecimento dos usuários de pessoas que gostariam de iniciar ou parar a PrEP em razão do deslocamento

Conhece alguém que gostaria de iniciar e/ou parou a PrEP por causa da necessidade de deslocamento entre cidades?	N	%
Sim	9	25,71
Não	26	74,29

n = Frequência Absoluta; % = Frequência Relativa.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Nesse contexto, diante das dificuldades e facilidades do acesso as profilaxias, ao pensar a organização através do valor acesso, Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 235), definem duas instâncias: A primeira central e local que reflete onde se “[...] promove e se concretiza a responsabilidade com as necessidades da população e com os valores sociais. [...] onde toma forma a coerência dos serviços com as necessidades da população” e a segunda, população/usuários, onde são “[...] revelados os fatores sócio-

culturais que predisõem ou não o uso do sistema de saúde formal e as atitudes que influenciam o comportamento individual, como as crenças sobre os médicos e os serviços médicos, orientações pessoais sobre a saúde”.

Nesse sentido, considerando-se essas instâncias e a realidade do Estado da Paraíba, refletindo-se especificamente a partir de sua pesquisa no município de Rio Tinto no interior do Estado, Oliveira Neto (2023) notou, ao identificar a não oferta dessas profilaxias na cidade, PrEP e PEP, na rede de serviços de saúde, que a implementação dessas políticas estão interdependentemente relacionadas ao modo de organização das linhas de cuidado dos municípios, citando como modelo o município do Rio de Janeiro, que oferta esses métodos de prevenção ao HIV na Atenção Primária à Saúde - APS.

Analisando-se esse contexto de ampliação dos serviços de dispensação da PrEP no Rio de Janeiro, Maciel *et al.* (2023, p. 86), sinalizou essa estratégia como significativa para atingir um maior número das pessoas vulneráveis ao HIV, mostrando-se a efetividade na “[...] medida que proporcionou alcance de novos usuários retirando o medicamento próximo a sua residência, facilitando o acesso ao medicamento, favorecendo políticas públicas que vão de encontro à eliminação da transmissão do HIV”.

Nesse ponto de vista, Oliveira Neto (2023, p. 25), identificou, essa estratégia de descentralização dessas políticas por meio da atenção básica, como um modo possível para atuar nesse contexto, ao considerar a “[...] capilarização do nível de atenção que é preconizado pela política”, entretanto, o pesquisador pondera ao mencionar que esse entendimento não deve ser observado somente em relação a números de serviços, mas deve considerar, como preleciona Hortale, Pedroza e Rosa (2000), as dinâmicas sociais que influenciam esse processo.

Desse modo, as intervenções locais, ajudam a potencializar a abrangência e eficiência da PrEP (Sousa *et al.*, 2025). Nessa concepção, esse autor compreende a integração das profilaxias à atenção primária como estratégia para promover o crescimento da equidade nas políticas de prevenção ao HIV, proporcionando-se um maior alcance as profilaxias, nas diversas cidades e, sobretudo, nas áreas mais remotas, tornando-a mais acessível e colaborando-se para difundir o cuidado preventivo.

Cabe sinalizar, que existem divergências relacionadas a implementação da PrEP nos serviços de atenção básica à saúde, que, apesar da possibilidade de capilarização (Oliveira Neto, 2023) da disponibilidade da profilaxia, surgem algumas questões que

podem limitar sua implementação nesses espaços, como a falta de condições técnicas e estruturais que seriam necessárias para a disposição da PrEP e que não são atendidas por esses serviços (Pimenta *et al.*, 2022).

Outras questões estão ligadas a percepção dos usuários, que poderiam opor-se a acessar o serviço perto da sua moradia, já que seria necessário relatar questões pessoais e íntimas, a profissionais como o agente de saúde, que pode ser um vizinho ou uma pessoa próxima, podendo-se ocasionar constrangimento (Pimenta *et al.*, 2022). Além do medo relacionado ao estigma, preconceito e discriminação por parte dos profissionais de saúde, dos moradores das proximidades e da família, como alguns dos temores presentes nas respostas dos usuários dessa pesquisa (V1, V9, V13, V16).

Dinâmicas que devem ser observadas, por um lado, através de um olhar global, considerando as diferentes dificuldades enfrentadas por usuários de diversas cidades do interior do Estado da Paraíba, sejam no acesso ao serviço na capital ou em uma possível disponibilidade local, por outro, um olhar particular, levando em conta as especificidades e peculiaridades de cada município. Esse cuidado é fundamental, sem ele, pode-se cair no erro de se reforçar discursos sobre “[...] o que se considera sobre os seus/uas moradores/as, colocando o interior como homogêneo e incapacitado de se representar pela diversidade” (Domingues; Gontijo, 2021, p. 78).

É nesse contexto que os autores mencionam que:

O interior carece de análises a partir das situações e dos contextos próprios, pois não está dado que a experiência urbana é uniforme e singular, cabendo, logo, questionar se as categorias pensadas a partir da e para a metrópole e os grandes centros urbanos conformam aquilo que se conhece como interior – e cabe ainda refletir sobre como o interior impinge na metrópole, reelaborando-a, resignificando e transformando as suas formas de se constituir como tal (Domingues; Gontijo, 2021, p. 63)

Essa cautela é necessária, principalmente ao considerar-se as dificuldades indicadas pelos usuários nessa pesquisa que ultrapassaram a mera falta de disponibilidade do serviço no município em que residiam. Entre os usuários dessa pesquisa, 65,71% afirmaram que teriam utilizado o serviço antes se ele estivesse disponível nas cidades que moravam e 87,10% indicaram que desejavam essa disponibilidade no momento do estudo. Entretanto, alguns voluntários sinalizaram que mesmo com a comodidade, economia financeira e de tempo, interesse e disponibilidade, não estariam dispostos a utilizar o serviço em razão de diferentes motivos, como a percepção do preconceito (V16), discriminação (V8) e estigma social relacionado ao HIV pela população local e família (V9).

Outros receios estão relacionados as percepções dos usuários em relação a organização dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde dos municípios que residiam, como a desorganização desses serviços (V24), segurança na utilização (V27) e o medo da quebra do sigilo profissional (V27) e consequente vazamento de informações que, diante da falta de conhecimento sobre a infecção da população, como sinalizado por V8, poderiam sofrer discriminação ao utilizar a PrEP e PEP.

Em relação aos benefícios da disponibilidade dos serviços de profilaxia ao HIV nas cidades do interior da Paraíba mencionados pelos usuários estão a maior comodidade (V4), facilidade no acesso aos usuários da PrEP e PEP (V13), maior acesso à informação sobre as políticas de prevenção e o HIV/Aids (V4), proximidade da residência (V8), logística (V14), economia financeira (V3), diminuição do tempo de deslocamento (V14) menor distância (V15), atenderia mais pessoas (V19), menor demanda e espera (V22) e não passar um período longo longe de casa (V23). O que demonstra a necessidade de expansão das profilaxias no Estado, diante dos benefícios para os usuários que já utilizam, contribuindo para a permanência deles nos serviços, e como estratégia para garantir que outros que não conseguem utilizar as políticas públicas de prevenção consigam acessá-las.

Desse modo, através dos resultados e discussões realizadas, notou-se diversos fatores que trazem facilidades e dificuldades para os usuários do interior do Estado da Paraíba no acesso as profilaxias de prevenção ao HIV na capital. Dentre as vantagens dessa utilização, foram indicadas: o bom atendimento (V32), não cancelamento de consultas marcadas (V24), acesso aos exames (V20) e medicamentos (V15) no mesmo hospital da consulta, no mesmo local do ambulatório para Transexuais e Travestis (V31), a segurança em não ser reconhecido (V9) o que aparentemente não seria possível em um serviço na cidade de residência.

Nota-se, com base nesses achados, assim como observado por Matias (2022) no mesmo espaço de campo, Hospital Clementino Fraga, que parcelas dos usuários passavam por adversidades para iniciar e/ou permanecerem na PrEP. Dentre essas dificuldades elencadas pelos sujeitos dessa pesquisa estão: os gastos para ir e voltar no hospital (V9), o deslocamento (V15), o tempo de deslocamento (V17), demora no atendimento (V35), o atendimento em horário comercial afetando as pessoas que trabalham (V16) e os responsáveis pelos cuidados de crianças e adolescentes que precisam faltar a escola ou ficar na casa de algum parente ou conhecido nos dias de consulta (V1).

Em vista disso, é preciso considerar que essa população que acessa as profilaxias, PrEP e PEP, ou a quem são recomendadas, são certamente vulneráveis a infecção pelo HIV, havendo diferentes obstáculos no seu acesso e na permanência desses usuários no serviço (Barbosa *et al.*, 2022). Nesse cenário, é preciso considerar esses fatores para garantir a expansão, efetividade e eficiência dessas políticas públicas, atentando-se para as particularidades e contextos locais da Paraíba e das pessoas residentes nos municípios do interior do Estado.

Essa concepção exige ações multissetoriais que objetivem a equidade no acesso aos métodos de prevenção ao HIV (Barbosa *et al.*, 2022), atentando-se as singularidades dos moradores da Paraíba (interior e capital) que apresentam realidades distintas e contextos diversos. Dentre algumas proposições, estão a telemedicina, teleatendimento, telessaúde (TelePrEP e TelePEP)³⁹, o monitoramento da permanência dos usuários na política e apoio nos custos necessários para os deslocamentos e alimentação nos dias de atendimento. Nesse mesmo sentido, Pimenta *et al.* (2022), indicam a alimentação, transporte e horários dos serviços mais inclusivos como meios de proporcionar o acesso das populações em maior vulnerabilidade a quem tem sido proposto essas políticas.

Essas estratégias respondem a alguns dos problemas indicados pelos usuários dessa pesquisa ao iniciar ou em permanecer no serviço. Dentre as proposições que poderiam suprir algumas das barreiras observadas nesse estudo estão a expansão dos serviços para as cidades do interior, por exemplo, através da descentralização da PrEP e PEP nos serviços de atenção básica à saúde; divulgação, campanhas e informativos sobre as políticas em diversos espaços (televisivo, internet/redes sociais/aplicativos de relacionamentos, panfletos (em eventos, datas comemorativas e espaços vivenciados por populações em maior vulnerabilidade) nas cidades de médio e pequeno porte do Estado (com linguagem acessível sobre a infecção e meios de transmissão abordando tópicos como o que são, para que servem e quando devem ser utilizadas a PrEP e PEP; os locais de disponibilidade e como acessar essas políticas).

Além de outras proposições, como a criação e divulgação de aplicativos⁴⁰ relacionados a PrEP e PEP e/ou a implementação da TelePrEP e TelePEP⁴¹, com

³⁹ A disponibilidade da TelePrEP e TelePEP pode ocorrer por meio da “[...] articulação com os Núcleos e/ou Pontos de Telessaúde locais [...]” (Brasil, 2024c, p. 9) como caminho para implementação e crescimento da oferta desses medicamentos.

⁴⁰ O Estado do Ceará possui uma estratégia semelhante iniciada no final de 2024. Através de um site ou aplicativo as pessoas podem marcar consultas com médicos plantonistas online (teleconsulta) de segunda a sexta-feira das 17h às 23h. Caso os médicos recomendem os medicamentos, os usuários podem retirar

serviços diversos, como teleatendimento, marcar consulta, exames, acompanhar agenda de dispensa de medicamentos e outras funções inerentes a relação usuário-serviço; espaço de apoio aos responsáveis com crianças e adolescentes nos serviços; acolhimento humanizado no serviço; aconselhamento sobre a prevenção combinada; estratégias para efetivar o sigilo profissional; educação permanente para os profissionais de saúde sobre as temáticas de prevenção ao HIV; parâmetros para garantir a privacidade dos usuários; meios de combater o estigma relacionado a infecção; ferramentas de combate à discriminação e preconceito das populações em vulnerabilidade no serviço; flexibilidade e/ou diversidade nos horários de consultas, exames e dispensa de medicamentos para suprir as necessidades e demandas dos usuários que realizam atividades laborais.

Nesse ponto de vista, essas barreiras no acesso vivenciadas pelos residentes das cidades de médio e pequeno porte da Paraíba, resultantes das percepções dos usuários, atuam como limitadores no acesso as profilaxias e restringem os impactos desses métodos de prevenção nesses contextos municipais observados nessa pesquisa (Sousa *et al.*, 2025). Outros pontos encontrados nesse estudo, como o estigma direcionado ao HIV e a PrEP, a localidade de disponibilidade dos serviços, o desconhecimento do público-alvo sobre as profilaxias e o constrangimento em acessar os serviços de referência ao HIV e a utilização do medicamento, são indicados pela literatura como elementos que contribuem para a baixa continuidade dos usuários nessa política (Travensolo *et al.*, 2024). Dessa maneira, os obstáculos sinalizados foram vistos como limitadores do pleno exercício do direito humano à saúde.

Nesse sentido, por ser um direito humano, as políticas públicas voltadas para a saúde, devem “[...] adotar a gramática dos direitos humanos em todos os seus aspectos, minimizando eventuais impactos negativos sobre o gozo de direitos [...], em especial em relação a pessoas em situação de vulnerabilidade” (Ramos, 2021, p. 1848). Desse modo, é evidente “[...] que o gozo de direitos humanos [...] depende da atuação de um Estado que não [...] só intervém quando seus bens jurídicos correm sério risco de serem violados, mas que empreende esforços para [garantir o] acesso público aos serviços de saúde (Peterke, 2010, p. 161). É por meio da elaboração de políticas públicas que o

em vinte e um municípios do Estado, os chamados “kits de profilaxias de pré e pós-exposição (PrEP e PEP) ao HIV” (Garcia, 2024).

⁴¹ A proposta do Ministérios da Saúde é da “[...] utilização de plataformas já existentes no âmbito dos Núcleos ou Pontos de Telessaúde [...] ou de serviços de teleatendimento já desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde ou, ainda, de outras plataformas que possam servir como ferramenta para a conexão entre usuários(as) e profissionais de saúde” (Brasil, 2024c, 14).

Estado busca garantir e respeitar os direitos humanos diante das desigualdades sociais (Moura; Moura, 2019). Essa atuação consiste na intervenção do Estado na promoção de condições materiais para que os usuários desfrutem apropriadamente dos seus direitos, como a saúde, através da prestação material de serviços de saúde, equipamentos e fornecimento de medicamentos no intuito de efetivar o direito humano à saúde (Ramos, 2021).

Nesse sentido, a efetivação dos direitos humanos, exige-se nessa circunstância, conhecer as dificuldades e propor ações para combater as desigualdades vivenciadas (Brasil, 2024b). Desse modo, compreender esses obstáculos e os contextos de vulnerabilidade que os usuários vivenciam no acesso as profilaxias de prevenção ao HIV na capital e da escassez desses métodos em suas cidades de residência, servem, como mais uma ferramenta para “[...] auxiliar ao processo de tomada de decisão para a construção de instrumentos e estratégias eficazes à minimização de situações vulnerabilizantes” (Rodrigues *et al.*, 2016, p. 142) que impedem a inserção plena e a permanência desses grupos nessas políticas públicas. Objetivando-se garantir que esses serviços de prevenção estejam disponíveis equitativamente para todas as pessoas (Princípios de Yogyakarta, 2006). Contribuindo-se para atingir a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde de expandir o número de usuários da PrEP em 142% até o ano de 2027 (Brasil, 2024b).

6 CONCLUSÃO

Observou-se ao longo desse trabalho que a saúde, compreendida em seu sentido ampliado, como um “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, n. p.), é uma condição afetada diretamente por diferentes fatores individuais, sociais e estruturais. Assim, as desigualdades influenciam nos determinantes sociais em saúde, provocando vulnerabilidades a determinados grupos sociais diante de diferentes agravos a saúde e infecções, como o HIV, exigindo intervenções em diferentes áreas e não somente nas questões clínicas (Brasil, 2024b). Nessa perspectiva, para efetivar os direitos humanos no contexto de desigualdades sociais de acesso e permanência nos serviços de prevenção ao HIV/Aids, é necessário conhecer e atuar por meio de estratégias amplas nos obstáculos que dificultam ou impossibilitam o acesso e a permanência das populações mais vulneráveis a infecção em diferentes realidades.

Desse modo, esse trabalho, identificou através das percepções dos usuários residentes em cidades de médio e pequeno porte localizadas no interior da Paraíba que acessavam a PrEP na capital do Estado, obstáculos individuais, sociais e estruturais que dificultavam o acesso e a permanência dessa população nas políticas de prevenção ao HIV/Aids, mitigando o pleno exercício do direito humano à saúde. Ao passo que foram identificados alguns fatores que atuaram como facilitadores nessa mesma circunstância, contribuindo para a efetivação do direito humano à saúde. Entretanto, observou-se que os usuários indicaram mais dificuldades relacionadas ao deslocamento do que facilidades, que estiveram majoritariamente relacionadas ao atendimento e disponibilidade dos serviços no serviço especializado na capital.

O perfil dos usuários foi formado por homens cisgênero (57,14%), não heterossexuais (57,15%), com idade entre 30 e 49 anos (71,43%), cor de pele parda (54,29%), solteiros (85,71%), empregados (54,29%), com renda de até dois salários mínimos (45,72%) e com ensino médio completo (40,00%). No recorte dos usuários que já utilizaram a PEP, houve poucas alterações nesse perfil, como na escolaridade que passou a predominar o ensino superior completo (46,67%). Esses dados possibilitaram identificar essa parcela da população como a que mais acessava a política nessa conjuntura, além de identificar os grupos que menos acessavam (ou não acessavam) a política.

As cidades com maior número de voluntários dessa pesquisa foram Cabedelo com seis, Bayeux com quatro e Cajazeiras, Conde, Mamanguape, Pirpirituba, Pombal e Sapé com duas respostas. No recorte da PEP, as cidades mais citadas foram Cabedelo com quatro e Pirpirituba com dois. Essas localidades indicaram a diversidade geográfica das pessoas que utilizavam a PrEP na capital e sinalizaram a demanda dos usuários residentes nas cidades do interior da Paraíba as profilaxias de prevenção ao HIV/Aids.

Além desse dado, identificou-se que, das vinte cidades citadas pelos voluntários desse estudo, oito estiveram entre os onze municípios (sem a inclusão de João Pessoa) com mais notificações de HIV em 2024 (até outubro), representando 72,72% das cidades e 22,66% dos casos. Enquanto das cidades com mais diagnósticos de Aids, das seis cidades (menos João Pessoa), cinco foram mencionadas nessa pesquisa, cerca de 83,33%. Esses resultados demonstraram a importância da expansão dos serviços e usuários nessas regiões, visando-se proporcionar as populações mais vulneráveis dessas localidades uma estratégia a mais para a prevenção combinada, principalmente para os que não aderem ou descontinuam outros métodos, possibilitando recursos para a efetivação do direito a saúde nesse contexto prevenção ao HIV/Aids.

Notou-se algumas disparidades no acesso a PrEP de alguns grupos nesse contexto quando comparados (respectivamente, menos acesso x mais acesso): pessoas transexuais x pessoas cisgênero; homens cisgênero heterossexuais x homens cisgênero não heterossexuais; mulheres cisgênero x homens cisgênero; mulheres transexuais x mulheres cisgênero; pessoas heterossexuais x não heterossexuais; mulheres não heterossexuais x mulheres heterossexuais; jovens adultos/pessoas idosas x adultos; desempregados/aposentados x empregados; baixa escolaridade x alta escolaridade. Demonstrando-se, diante dessas desigualdades, a necessidade de se considerar os aspectos sociodemográficos para a expansão dos usuários e dos serviços no Estado.

Além das questões relacionadas ao perfil sociodemográfico dos usuários, por meio da análise de conteúdo do tipo temático-categorial das respostas ao questionário, foram localizadas três temas, os quais abordaram aspectos relacionados ao acesso e permanência dessa população nas estratégias de prevenção ao HIV/Aids: escassez das políticas de prevenção ao HIV/Aids; informação sobre as políticas de prevenção ao HIV/Aids; e dificuldades e vantagens de acessar os serviços de prevenção ao HIV/Aids na capital.

A primeira categoria apontou uma percepção dos usuários de que os serviços e estratégias de prevenção ao HIV/Aids são inexistentes, escassos ou precários nos

municípios que residem em comparação aos da capital que são considerados disponíveis e com ótima qualidade. Houve a constatação que parte considerável (44,12%) dos usuários já haviam utilizado a PEP, demonstrando que, assim como a PrEP, essa estratégia é demandada por essa população. A maioria dos usuários demonstraram interesse em ter o serviço disponível em suas cidades (87,10%) e sinalizaram a importância dessa medida na prevenção combinada em suas vivências para prevenção ao HIV/Aids. Essas respostas sinalizaram a necessidade de expansão desses serviços e de ações que busquem minimizar essas disparidades indicadas pelos voluntários dessa pesquisa. Demonstrou-se a importância da diversidade dos tipos de atendimento (por exemplo, na atenção primária e no teleatendimento (telePrEP e telePEP) e dos profissionais de saúde na prescrição dessas profilaxias (enfermeiros, farmacêuticos e dentistas) como meios que podem impactar positivamente na inclusão dessa população nessas políticas.

Na segunda categoria, a falta de informação e divulgação das informações sobre a infecção e as estratégias de prevenção foram percebidas pelos usuários e vistas como fatores que dificultaram ou poderiam facilitar o acesso e a permanência nas profilaxias. A maioria (63,64%) não buscaram informações na cidade que residem e 29,41% afirmaram ter receio em buscar informações no município em razão da desorganização, preconceito, discriminação e os sentimentos de vergonha e julgamento, além do temor de ser percebido como uma pessoa soropositiva para o HIV. Entretanto, alguns usuários indicaram facilidades em relação a informação, o bom atendimento e o incentivo a utilização das profilaxias por profissionais de saúde dos municípios que moravam, além da relevância do laboratório para Travestis e Transexuais na difusão do conhecimento sobre essas estratégias para pessoas transexuais.

Esses sentimentos negativos elencados foram indicados pelos usuários como decorrentes da falta de conhecimento da população local sobre a infecção e os métodos de prevenção, sendo esse um elemento do preconceito, discriminação e estigma direcionado as pessoas que utilizavam a PrEP e PEP. Identificou-se a falta de conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços de prevenção nas cidades que os usuários residiam e que o conhecimento da profilaxia ocorreu em alguns casos ao buscar outras estratégias (preservativos), após exposição e na descoberta da sorologia positiva do parceiro. Nesse último caso, 41,18%, indicaram um relacionamento atual ou anterior com pessoas vivendo com HIV, como meio de descoberta ou motivo de início e permanência da PrEP. Demonstrou-se a importância dessas políticas para a efetivação

dos direitos sexuais e reprodutivos dos casais sorodiscordantes e para a redução dos casos de infecção vertical, confirmando-se a relevância da informação e do acesso as estratégias de prevenção (teste rápido, preservativos e as profilaxias) para garantia do acesso ao direito humano à saúde.

Na terceira categoria, identificou-se facilidades e dificuldades no acesso e permanência nas profilaxias na capital. As facilidades indicadas pelos usuários foram: o bom atendimento, não ocorrer cancelamento de consultas agendadas, ser no mesmo local que o laboratório para Travestis e Transexuais, o acesso a exames e medicamentos no local da consulta e não ser reconhecido por outras pessoas. As dificuldades mencionadas foram: o número escasso de unidades e localização dos serviços, o tempo elevado de espera no atendimento, o deslocamento, a duração do deslocamento, a falta de recursos financeiros para arcar com o valor do transporte e outros gastos, indisponibilidade de tempo em razão do trabalho e a necessidade de cuidados com crianças e adolescentes.

Nesse sentido, 25,71% indicaram a indisponibilidade do serviço na cidade que mora como barreira para o acesso ao serviço, sendo desejada essa disponibilidade por 87,10% dos usuários e indicada por 65,71% como motivo que poderia ter levado a iniciar a PrEP antes de ter acessado em João pessoa, em que 70,58% estavam há menos de dois anos. A maioria, 51,61% gastavam menos de 50,00 reais e 38,71% entre 50,00 e 150,00 reais, cerca de 28,13% dos usuários consideraram que esse valor dificultou ou dificultava o acesso e permanência a política. Em relação a duração do deslocamento, a maior parte 40,63% gastavam menos de uma hora e 31,24% de uma a menos de três horas, aproximadamente 29,41% dos voluntários indicaram que esse tempo dificultou ou dificultava o acesso e permanência no serviço.

O deslocamento era realizado por 62,86% exclusivamente para o atendimento, em que a maior parte utilizava transporte particular 41,03% ou transporte fornecido pela prefeitura do município de residência 33,33%. Esse deslocamento foi percebido como uma dificuldade maior para iniciar 34,29% do que para permanecer 23,53% no serviço. Além disso, 25,71% afirmaram conhecer pessoas residentes nas mesmas cidades em que eles moravam, que desejavam utilizar a PrEP ou descontinuaram por causa do tempo de deslocamento, distância, motivos financeiros e indisponibilidade de tempo em razão do trabalho.

Essas percepções apontaram para a existência de dificuldades dos usuários do interior da Paraíba no acesso e na permanência nos serviços de prevenção ao HIV/Aids

em João Pessoa, diante do desequilíbrio entre a expansão geográfica da epidemia e a concentração dos serviços de prevenção. Essas barreiras podem ser caracterizadas nesse contexto como limitadores do pleno exercício do direito humano à saúde, indicando-se a necessidade de intervenções estatais por meio de políticas públicas multisetoriais diante desses obstáculos no acesso e na permanência nessa política de prevenção. Nesse sentido, a hipótese inicial dessa pesquisa foi comprovada a partir dos achados desse estudo, ao indicarem impactos negativos no acesso e na permanência dessa população estudada aos serviços de prevenção ao HIV/Aids na capital, obstáculos ocasionados pela necessidade de deslocamento intermunicipal e por questões econômicas, sociais e estruturais, além da falta de informação sobre a infecção e os métodos de prevenção.

Desse modo, o trabalho apontou um avanço da interiorização das profilaxias de prevenção ao HIV/Aids, sobretudo a PrEP, no Estado da Paraíba desde sua inclusão no SUS em 2018 até 2025, representando um progresso dessas políticas, entretanto, essa série histórica, apresentou períodos de estabilização do número de municípios (2018-2020 e 2022-2025) e unidades de dispensadoras da PrEP (2018-2020 e 2023-2025) no Estado. Apesar desse avanço quantitativo, as pessoas residentes no interior da Paraíba ainda vivenciam obstáculos que limitam ou dificultam o acesso e a permanência nessas políticas. Assim, ao se considerar a interiorização da PrEP e da PEP no Estado da Paraíba entre 2018 e 2024, embora represente um avanço nas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, enfrenta desafios que comprometem sua efetividade e a garantia do direito humano à saúde, conforme a percepção dos usuários, revelando lacunas na acessibilidade, informação e equidade territorial.

Diante desse contexto, indicam-se algumas proposições possíveis para mitigar esses efeitos negativos produzidos por esses obstáculos percebidos nas políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids na Paraíba. Dentre elas, citam-se o teleatendimento (telePrEP e telePEP); a expansão dos serviços nos municípios do Estado; descentralização das profilaxias por meio da Atenção Primária; apoio financeiro (deslocamento e alimentação) em dias de atendimento; aumento na divulgação e campanhas sobre a PrEP e PEP com linguagem acessível e com informações básicas (sobre o que são, para que servem, sua eficácia, como acessar e onde estão disponíveis) nas cidades do interior do Estado; espaço de apoio para usuários responsáveis por crianças e adolescentes que precisem levá-los nos dias de atendimento; estratégias para garantir o acolhimento, sigilo profissional e privacidade dos usuários; combater o estigma, discriminação e preconceito direcionados aos grupos mais vulneráveis a

infecção; formação continuada para os funcionários dos serviços de saúde sobre prevenção ao HIV; flexibilização dos horários dos serviços para contemplar as pessoas que trabalham em horário comercial.

Os achados desse trabalho coadunam com a perspectiva do Ministério da Saúde, no sentido de indicar a necessidade de políticas públicas integradas que atuem de modo concomitante na “[...] promoção de direitos básicos e cidadania, ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e redução das iniquidades sociais, do estigma e da discriminação [...]” (Brasil, 2024b, p. 8) para que se atinjam as metas estabelecidas para a eliminação da aids da concepção de problema de saúde pública no país até o ano de 2030.

REFERÊNCIAS

- ABIA. **Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro: ABIA, 2014.
- ASSIS, Nise Lara; SHIMOYA-BITTENCOURT, Walkiria. Perfil Epidemiológico dos Pacientes do Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Júlio Muller. **CONNECTION**, v. 7, n. 7, p. 56-67, 2012.
- AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015.
- AGOSTINI, Rafael *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.12, p. 4599- 4604, 2019.
- AGUIAR, Tamires Saraiva *et al.* Perfil epidemiológico de HIV/AIDS no Brasil com base nos dados provenientes do DataSUS no ano de 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1-16, 2022.
- ANDRADE, Ana Beatriz Rino Siqueira de *et al.* Motivos da não adesão às profilaxias relacionadas ao HIV. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, n. 12, p. 1-9, 2024.
- ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de *et al.* Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 544-554, 2007.
- ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. Tradução: Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- ASSUNÇÃO, Francisco Lucas Galeno *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários da profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4850-4864, 2023.
- AVELINO-SILVA, Vivian Iida *et al.* Predictors of knowledge of and access to biomedical prevention among MSM and transgender men in Latin America: results from the Latin American internet survey. **Hiv medicine**, v. 23, n. 7, p. 764-773, 2022.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- BAETEN, Jared M. *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **New England journal of medicine**, v. 367, n. 5, p. 399-410, 2012.
- BAHIA. **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**. Governo do estado da Bahia, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/profilaxia-pre-exposicao-prep/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

- BAKOS, Lúcio *et al.* Análise interpretativa do perfil epidemiológico do paciente infectado pelo vírus HIV. In: I Salão de Iniciação Científica. **Livro de resumos**. Porto Alegre: UFRGS/PROPESQ, 1989.
- BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. Bagatin. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 27, n. 2, p. 46-60, 2011.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira. “**Tem bastante ponte, viaduto e prédios altos pra curar a doença deles**”: Um estudo dos discursos de internautas sobre os suicídios de pessoas não heterossexuais em uma rede social. Dissertação [Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020b.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira. **Direito, população jovem LGBT e suicídio**: o Estado como agente potencializador de saúde. TCC [Graduação em Ciências Jurídicas e Sociais] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira; MEDEIROS, Robson Antão de. **Aplicativos de relacionamento e os encontros sexuais**: o *stealth* e a incorporação das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV/AIDS. In: MEDEIROS, Robson Antão de (org.). *Biotecnologia, direitos humanos e saúde: conhecimentos compartilhados*. v. 3. João Pessoa: Editora UFPB, 2024.
- BARBOSA, Equipe Instituto Rui. **IRB TERRITÓRIO**: Políticas Públicas e equidade. Instituto Rui Barbosa, 2020a. Disponível em: <https://irbcontas.org.br/irb-territorio-equidade/>. Acessado em: 24 out. 2024.
- BARBOSA, Lucianna Costa de Almeida *et al.* Profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV em Alagoas, Brasil: caracterização dos usuários, adesão ao protocolo e comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. 01-25, 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Phelipe Gomes de *et al.* Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 343-350, 2014.
- BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2018.
- BATISTA, Amanda Trajano; SALDANHA, Ana Alayde Werba; FURTADO, Francisca Marina Freire. Vantagens e desvantagens percebidas pelas populações chaves no uso da profilaxia pré-exposição. **Mudanças**, v. 28, n. 2, p. 11-20, 2020.
- BATISTA, Maria Amanda Lima *et al.* Evidências científicas sobre tecnologias para idosos negros sobre a prevenção combinada. **Revista Foco**, v. 16, n. 10, p. 01-26, 2023.
- BENTO, Berenice Alves de Melo. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. **Cadernos pagu**, v. s/v, n. 53, p. 1-16, 2018.

BESSA, Marcelino Maia *et al.* Capacitação para profissionais de saúde sobre PrEP e PEP: relato de experiência. **Journal Archives of Health**, v. 5, n. 1, p. 02-10, 2024.

BEZERRA, Divina D'arc Cândida de Araújo *et al.* Perfil dos usuários da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV no Brasil e em Goiás entre 2018 e 2023. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 28, n. Suppl 1, p. 15-16, 2024.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de julho de 1934)**. Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático [...]. Brasília: Presidência da República, 16 jul. 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 26 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948**, 1948 Promulga os Atos firmados em Nova York a 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde. Brasília: Presidência da República, 17 dez. 1948. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília: Presidência da República, 7 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-Exposição Sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Estatuto da juventude**: atos internacionais e normas correlatas. Brasília: Senado Federal, 2013a.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024d.

BRASIL. **Informações para profissionais da saúde: PrEP15+**. Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/fluxograma_prep_15_profissionais.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 12.984, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília: Presidência da República, 2 jun. 2014. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Lei Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 244, p. 1, 27 dez. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.510-de-27-de-dezembro-de-2022-454029572>. Acesso em: 15 ago. 2024.

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. Brasília: Presidência da República, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 ago. 2023.

BRASIL. **Manual de prevenção das DST/HIV/Aids em comunidades populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Medicamento como prevenção para HIV será incorporado no SUS**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2017/maio/medicamento-para-prevencao-do-hiv-e-incorporado-no-sus#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20vai,para%20sua%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20no%20SUS>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, s.d. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-nacionais-de-prevencao-combinada-em-hivaids>. Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Nota técnica Nº 8/2023-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Brasília, 2023. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20T%C3%89CNICA%20N%C2%BA%208_2023-CGAHV_.DCCI_SVS_MS.pdf. Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL. **Painel PrEP**. Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-prep>. Acessado em: 14 de abr. 2025.

BRASIL. **PEP: Como se chegou a essa estratégia de usar medicamentos como prevenção?**. Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/ptbr/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv/pep>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- BRASIL. **Prevenção Combinada do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
- BRASIL. **Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) derisco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. 2017a.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- BRASIL. **TelePrEP e TelePEP: Guia para diversificação da oferta de profilaxias anti-HIV por meio de teleatendimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c.
- BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de. SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34, n.2, p. 207-217, 2000.
- BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. São Paulo: Editora Unesp, 2022.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- CALAIS, Lara Brum; PERUCCHI, Juliana. Políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS: uma aproximação entre França e Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 2, p. 573-588, 2017.
- CARNEIRO, Rebeca Rocha. **Qualidade de vida e saúde mental de populações com risco elevado para infecção pelo HIV em tempos de pandemia da Covid-19**. Tese [Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

CARRILLO, Lucy Carrillo. El concepto kantiano de ciudadanía. **Estudios de filosofía**, v. 6, n. 42, p. 103-121, 2010.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

CARVALHO, Gilson. O financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade. In: ARANHA, Márcio Iorio. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CASTOLDI, Luciana *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. e2020646, 2021.

CASTRO, Marcus Faro de. Dimensões políticas e sociais do direito sanitário brasileiro. In: ARANHA, Márcio Iorio. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Sexualidade e preconceito. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 3, p. 18-37, 2000.

CERATTI, Amanda; CORRÊA, Ana Paula de Vechi; UEHARA, Silvia Carla da Silva André. Perfil epidemiológico e tendência temporal da incidência de hiv/aids em adultos no brasil. **CuidArte Enfermagem**, v. 17, n. 12, p. 211-217, 2023.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder *et al.* Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista interamericana de psicologia**, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010.

CEZAR, Vagner Mendes; DRAGANOV, Patrícia Bover. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência, Ciência Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

CHOOPANYA, Kachit *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. **The Lancet**, v. 381, n. 9883, p. 2083-2090, 2013.

CLEMENTINO, Milca Oliveira. SILVA, Mayara Duarte. SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. Interiorização do HIV/AIDS: análises gerais da epidemia no Estado da Paraíba. In: **II CONBRACIS**, Campina Grande, 2017.

COSTA, Anne Santos da. Vulnerabilidades e descentralização das ações de cuidado ao HIV/AIDS para a Atenção Primária à Saúde. Nordeste, Brasil, 2019. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, n. 1, p. 1-19, 2021.

COSTA, Letícia Marchioro Leandro da *et al.* Perfil epidemiológico da doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) nas cinco regiões brasileiras. **INTERFACES em ciências da saúde**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2023.

COSTA, Neuza Cristina Gomes da; JESUS, Déberson Ferreira de; MACEDO, Luis Felipe da Cruz. O uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV por usuários no estado do Mato Grosso, Brasil. **Revista Observatório de La Economia Latinoamericana**, v.22, n. 1, p. 874-896, 2024.

CRESWELL, John Ward. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e Misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Claudia Carneiro da. CZERESNIA, Dina. O Direito à Saúde e as Peculiaridades do Cuidado: uma perspectiva do tratamento das pessoas com HIV/Aids. In: BRASIL. **Saúde e direitos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de direito sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: ARANHA, Márcio Iorio. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DAMANTE, Carla Andreotti; FERREIRA, Rafael; MAITO, Sofia. **Políticas públicas referentes ao HIV e Aids: onde estamos e para onde iremos?**. Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/politicas-publicas-referentes-ao-hiv-e-aids-onde-estamos-e-para-onde-iremos/>. Acesso em: 06 jan. 2020.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Ministério da Saúde, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **A Declaração de Jacarta: sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jacarta_1997.pdf. Acesso em: 19 out. 2023.

DEHAAN, Elliot *et al.* **PEP to Prevent HIV Infection**. Baltimore: Johns Hopkins University; 2022.

DEL PRIORE, Mary. **História do amor no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

DESSUNTI, Elma Mathias; SOUBHIA, Zeneide. Perfil epidemiológico da AIDS no Estado do Paraná e Região de Londrina: uma proposta para a assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 2, p. 103-112, 1991.

DOMINGUES, Bruno Rodrigo Carvalho; GONTIJO, Fabiano. Como assim, cidade do interior? Antropologia, urbanidade e interioridade no Brasil. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 23, n. 3, p. 61-83, 2021.

DUBOV, Alex *et al.* Stigma and shame experiences by MSM who take PrEP for HIV prevention: a qualitative study. **American journal of men's health**, v. 12, n. 6, p. 1832-1843, 2018.

EDMUNDO, Kátia. A resposta das comunidades populares do Rio de Janeiro ao HIV/aids: ação local na perspectiva dos direitos humanos e da promoção da saúde. In: BRASIL. **Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. NORONHA, José Carvalho de. CARVALHO, Antônio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah. TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sarah. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. NORONHA, José Carvalho de. CARVALHO, Antônio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FARIAS, Alessandro Henrique Tavares de *et al.* Características demográficas, sexuais, de elegibilidade e prevalência de ISTS nos usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV do Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) da Bahia. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, n. S1, p. 67, 2022.

FERNANDES, Italo; BRUNS, Maria Alves de Toledo. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 32, n. 1, p. 60-67, 2021.

FERNANDES, Jônatan de Araújo. **Revisão bibliográfica sobre a análise de custo-efetividade da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) sob demanda e as contribuições do profissional farmacêutico**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Farmácia] Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

FERNANDES, Nilo Martinez. **Da pesquisa à implementação: breve histórico sobre a PrEP no Brasil**. In: ABIA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. Boletim n. 63 – Truvada® Livre! Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

FERREIRA, Tereza Evâny de Lima Renôr; PINHO NETO, Júlio Afonso Sá de. Na contramão da informação preventiva: desinformação sobre prevenção de HIV/AIDS. **Biblionline**, v. 14, n. 3, p. 3-13, 2018.

FONSECA, Aline Arruda Rodrigues da *et al.* Crenças de vulnerabilidade ao HIV/AIDS em adultos jovens em contexto universitário. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. 1-14, 2021.

FONTELLAS, Mauro José *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. AIDS e sua origem. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 153-156, 1993.

FORD, Nathan *et al.* Choice of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis for adults and adolescents: a systematic review. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. suppl 3, p. S170-S176, 2015.

FORTES, Renivaldo Oliveira. Os bens primários de John Rawls e as ações afirmativas: reparar as injustiças em direção à igualdade. **Pensando-Revista de Filosofia**, v. 9, n. 18, p. 174-197, 2018.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no collège de France (1981-1982). 2. ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 4**: as confissões da carne. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANCH, Mônica *et al.* **A caminho de uma nova abordagem**. In: FRANCH, Mônica *et al.* Novas abordagens para casais sorodiferentes. João Pessoa: Grupessc/Editora Manufatura, 2011.

FRANCH, Mônica. **Sorodiscordância, Discriminação e Estigma**: anotações a partir de duas pesquisas. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

FRANCH, Mônica; PERRUSI, Artur. **A sorodiscordância em João Pessoa**: conjugabilidade e atendimento aos casais. In: FRANCH, Mônica *et al.* Novas abordagens para casais sorodiferentes. João Pessoa: Grupessc/Editora Manufatura, 2011.

FRANCISCO, Deise Juliana; AZEVEDO, Edjane Mikaelly Silva de; FERREIRA, Adilson Rocha; CAITANO, Alexandre Rodrigues. Análise de Conteúdo: como podemos analisar dados no campo da educação e tecnologias. In: Mariano Pimentel; Edméa Santos. (Org.). **Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação**: abordagem qualitativa. 1ed.: Sociedade Brasileira de Computação, 2021.

FURTADO, Francisca Marina de Souza Freire *et al.* anos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. esp., p. 74-80, 2016.

GABRIEL, Rosimeire; BARBOSA, Dulce Aparecida; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 509-513, 2005.

GARCIA, Kelly. Atendimento on-line com orientações sobre prevenção combinada contra o HIV estará disponível à população a partir de segunda (16). Governo do Ceará, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2024/12/11/atendimento-on-line-pep-pep-hiv/>. Acessado em: 18 de fev. 2024.

GENTILILLI, Victor. **Democracia de massas: jornalismo e cidadania**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

GENTILLI, Victor. **Democracia de massas: cidadania e informação**. 217 f. Dissertação [Mestrado em Comunicação] Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: LTC. 1963

GOIS, Ísis *et al.* Singularização dos cuidados de pessoas trans durante o envelhecimento: sugestões de prevenção e controle de riscos e agravos. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 20, n. 218, p. 1-21, 2023.

GONÇALVES, Tonantzín Ribeiro *et al.* Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 223-232, 2009.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. SUPPL 1, p. 43-62, 2015.

GRANT, Robert M. *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.

GRULICH, Andrew E. *et al.* Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. **The lancet HIV**, v. 5, n. 11, p. e629-e637, 2018.

GRUNER, Mônica Ferreira; SILVA, Rosemeri Maurici. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 3, p. 63-7, 2005.

GUEDES, Heloisa Helena da Silva; STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. A Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS e o papel da equipe de saúde neste processo. **Revista de APS**, v. 12, n. 4, p. 388-397, 2009.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.

HEINTZE, Hans-Joachim. Os direitos humanos como matéria do Direito Internacional Público. In: PETERKE, Sven. **Manual prático de direitos humanos internacionais**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2010.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, n. suppl, p. 71-101, 2005.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 231-239, 2000.

HORVATH JÚNIOR, Miguel; QUEIROZ, Vera. Etarismo à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direito Social**, v. 7, n. 1, p. 95-110, 2024.

IBGE. **Cidades e Estados**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acessado em: 24 de abr. de 2024.

IBGE. **Regiões de influência das cidades**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/regic/#/home>. Acessado em: 12 de jul. de 2024.

IRVINE, Cadi *et al.* Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. **Clinical Infectious Diseases**, v. 60, n. suppl_3, p. S165-S169, 2015.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília: Autor, 2012.

JESUS, Joselina Soeiro de. **Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS do estado da Bahia**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica**. 3ª Edição Revisada e Ampliada. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2003. Disponível em: https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Metodologia_Cient%C3%ADfica_Carlos%20Fernando%20Jung.pdf. Acessado em: 15 out. 2023.

JUUSOLA, Jessie L. *et al.* The cost-effectiveness of preexposure prophylaxis for HIV prevention in the United States in men who have sex with men. **Annals of internal medicine**, v. 156, n. 8, p. 541-550, 2012.

KANT, Immanuel. **A Paz Perpétua: um Projecto Filosófico**. Tradução: Artur Morão. Covilhã: lusofia: press, 2008.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução: Paulo Quintela. Lisboa: EDIÇÕES 70, 2007.

KAUSS, Bruno Silva; LEAL, Andréa Fachel. Análise da implementação da profilaxia pós-exposição nas políticas públicas de HIV/AIDS em Porto Alegre/RS. In: **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2018.

KAUSS, Bruno Silva. **Novas tecnologias, sexualidade e direitos em tempos de risco:** um estudo sobre a implementação da profilaxia pós-exposição ao HIV/AIDS pelos trabalhadores da linha de frente das políticas públicas. Dissertação [Mestre em Políticas Públicas] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

LAMÔNICA, Juliana de Souza *et al.* Unwillingness to prescribe PrEP by health care professionals of specialized HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. Supl 1, p. 1-13, 2023.

LANGENDORF, Tassiane Ferreira *et al.* Possibilidades de cuidado ao casal sorodiscordante para o HIV que engravidou. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1199-1205, 2017.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva. TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil:** as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos; DERESZ, Luís Fernando; SPRINZ, Eduardo. HIV/AIDS e treinamento concorrente: a revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 16, n. 2, p. 149-154, 2010.

LEITE, Ana Lourdes Almeida e Silva. **Ensaio clínico fase III para avaliação da eficácia terapêutica de um medicamento fitoterápico contendo FSP1001, ALS1002, CRT303, em pacientes com transtorno de ansiedade leve ou moderada.** Tese [Doutorado em Farmacologia] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

LEITE, Renata Antunes de Figueiredo; VENTURA, Carla Aparecida Arena; CARRARA, Bruna Sordi. Direito à informação em saúde: uma revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 2, p. 187-214, 2018.

LERMEN, Helena Salgueiro *et al.* Aids em cartazes: representações sobre sexualidade e prevenção da Aids nas campanhas de 1º de dezembro no Brasil (2013-2017). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 69, p. 1-18, 2019.

LIMA JR, Jayme Benvenuto (Org.). **Manual de Direitos Humanos Internacionais.** São Paulo: Loyola, 2019.

LIMA, Ana Paula Almeida *et al.* A percepção sobre o vírus da imunodeficiência humana e da síndrome da imunodeficiência adquirida pelos acadêmicos de graduação da faculdade Estácio de Ji-Paraná. **Revista de Ensino e Saúde na Amazônia**, v. 2, n. 02, p. 15-35, 2024.

LIMA, Newton de Oliveira. **10 lições sobre Rawls.** Petrópolis: Vozes, 2019.

LIMA, Newton de Oliveira. O cosmopolitismo kantiano e a fundamentação dos direitos humanos. **Aufklärung: revista de filosofia**, v. 5, n. 1, p. 53-60, 2018.

LIOI, Felipe Martins *et al.* Validação de website sobre prevenção combinada do HIV pela população geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2025.

LIRA JUNIOR, Jose Wilson; FLORÊNCIO, Caroline Mary Gurgel Dias; ABREU, Nágila Tatielle Rocha. Caracterização do perfil sociodemográfico dos usuários de

profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) no Ceará. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2024.

LOTROWSKA, Michel. ZACKIEWICZ, Christina. Saúde e direitos humanos no acesso a medicamentos. In: BRASIL. **Saúde e direitos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

LOUREIRO, Isabel. A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 33, n. 1, p. 1, 2015.

LUDUGERIO, Pedro Ivo Torquato *et al.* Percepção de usuários sobre o atendimento ofertado em um serviço especializado em infectologia. **Revista ft**, v. 27, n. 125, 2023.

LUZ, Paula M. *et al.* The cost-effectiveness of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women at high risk of HIV infection in Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, n. 3, p. 1-9, 2018.

MACHADO, Amanda Aparecida da S.; DE CAMARGO, Gabriela Leite. PrEP: Uma análise histórica do perfil dos usuários. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 28, n. S2, p. 134-134, 2024.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 355-371, 2009.

MACIEL, Ana Lilia Braga. Ampliação do acesso à profilaxia pré exposição através da descentralização da dispensação no município do Rio de Janeiro, de 2018 a 2022. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, n. Supplement 1, p. 85-86, 2023.

MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. O novo cenário internacional no pós-segunda guerra mundial e o lançamento da campanha continental para a erradicação do *Aedes aegypti*. In: **A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela**, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MAGNO, Laio *et al.* Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil. **Global public health**, v. 14, n. 8, p. 1098-1111, 2019.

MAIA, Érica Catarine Ataíde. REIS JUNIOR, Leandro Passarinho. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEN**, v.11, n.1, p. 178-193, 2019.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 18, n. SUPPL 1, p. 104-119, 2015.

MALISKA, Isabel Cristina Alves *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 85-85, 2009.

MANN, Jonathan Max; TARANTOLA, Daniel (Ed.). **AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.

MANN, Jonathan. Saúde pública e direitos humanos. **Physis**, v. 6, n. 1, p. 135-145, 1996.

MANTOVANELLI, Lucas Silva *et al.* PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP): Estudo de perspectiva em acadêmicos das ciências da saúde em uma instituição privada de ensino superior do interior de Rondônia. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 12, n. 1, p. 40-54, 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 9, n. Suppl., p. 41-65, 2002.

MARRAZZO, Jeanne M. *et al.* HIV prevention in clinical care settings: 2014 recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. **Jama**, v. 312, n. 4, p. 1-44, 2014.

MATIAS, Wertton Luís de Pontes; FRANCH, Mônica; SILVA, Luziana Marques da Fonseca. ENTRE O MEDO E A ÉTICA DA VIDA: A CHEGADA DA PrEP AO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, NA PARAÍBA. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 60, p. 75-94, 2022.

MATIAS, Wertton Luís de Pontes; GUTIÉRREZ, Mónica Lourdes Franch; SILVA, Luziana Marques da Foneca. Prevenção a dois: a PrEP em intersecção com as sorodiscordâncias. In: **32º Reunião Brasileira de Antropologia**. Rio de Janeiro: Abant, 2020.

MATIAS, Wertton Luís. **Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica ao HIV**: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharel em Ciências Sociais] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

MATIAS, Wertton Luís. **Nas fronteiras da Aids**: experiências com a PrEP em Brasília, Manaus e Recife. Dissertação [Mestre em Antropologia] Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

MATTIETO, Leonardo. Igualdade substancial, políticas públicas e democracia: para além do direito à igualdade formal. **Revista de Teorias da Democracia e Direitos Políticos**, v. 9, n. 1, p. 1-16, 2023.

MAZZUOLI, Valerio de Olivera. **Curso de Direito Internacional Público**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

MCALLISTER, John W. *et al.* Dolutegravir with tenofovir disoproxil fumarate–emtricitabine as HIV postexposure prophylaxis in gay and bisexual men. **Aids**, v. 31, n. 9, p. 1291-1295, 2017.

MCCORMACK, Sheena *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **The Lancet**, v. 387, n. 10013, p. 53-60, 2016.

MEDEIROS, Robson Antão de. **A proteção do direito econômico fundamental ao trabalho e a questão da AIDS no Brasil**. Campina Grande: EDUFPG, 2007.

MENDANHA, João Victor Evaristo *et al.* Adesão às profilaxias pré e pós-exposição ao HIV no Brasil. **Revista Educação em Saúde**, v. 9, n. 2, p. 97-104, 2021.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

MIGALHAS. **Juíza manda hospital realizar aborto legal em casos de stealthing**. Migalhas, 2025. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/quentes/426657/juiza-manda-hospital-realizar-aborto-legal-em-casos-de-stealthing>>. Acesso em: 14 abril 2025.

MIGALHAS. **PL prevê 4 anos de prisão a quem retirar camisinha sem consentimento**. Migalhas, 2022. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/quentes/365686/pl-preve-4-anos-de-prisao-a-quem-retirar-camisinha-sem-consentimento>>. Acesso em: 14 abril 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do HIV/Aids: a Experiência Brasileira 1994 - 1998**. Ministério da Saúde, 1998. disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv_aids_exp_bras.pdf. Acesso em: 25 nov. 2023.

MIRANDA, Adriana. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde desoropositivos. In: BRASIL. **Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MIRANDA, Débora Suelle Marcelino de. **O serviço social e o enfrentamento da aids na paraíba**: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/AIDS do município de Campina Grande-PB. Dissertação [Mestre em Serviço Social] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

MOLINA, Jean-Michel *et al.* On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 23, p. 2237-2246, 2015.

MONTEIRO, Paulo Victor Avelino *et al.* **O acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por profissionais do sexo**. In: SILVA, Antônio Marcílio Silveira *et al.* (org.). **Memórias do XXIV Encontro - Enfermagem Agora: a forçada cuidado na valorização da profissão**. Fortaleza: IMAC, 2022.

MONTEIRO, Paulo Victor Avelino *et al.* Uso da profilaxia pré-exposição ao HIV por gays e homens que fazem sexo com homens. **Escola Anna Nery**, v. 28, n. 1, p. 1-10, 2024.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilsa. Desafios teóricos, epistemológicos e políticos da pesquisa sobre estigma e discriminação no campo da saúde. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilsa. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013

MONTES, Jonas Nievas. **Contextualização sobre a profilaxia pré-exposição (PrEP) à infecção por HIV no âmbito da saúde pública**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Farmácia-Bioquímica] Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MORA, Claudia; NELVO, Romário; MONTEIRO, Simone. Peças de comunicação governamentais sobre as profilaxias pré (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV (2016-2019): análise de seus conteúdos e circulação entre gays, mulheres trans/travestis e trabalhadoras sexuais. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, p. 1-13, 2022.

MORAES, Gabriel Cavalcante Bueno de. **"Essa é a minha cura!"**: uma etnografia das experiências de vida de mulheres vivendo com HIV em Rio Tinto (Paraíba). Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Antropologia] Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, 2024.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Rafael da Silveira; SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues dos; SOUSA, Marcos Henrique Oliveira. Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. **Estudos universitários: revista de cultura**, v. 37, n. 1 e 2, p. 111-135, 2020.

MOURA, Lucia Lemos Dias de; MOURA, Paulo Vieira de. Políticas sociais e direitos humanos no estado brasileiro. In: RIBEIRO, Luziana Ramalho; NASCIMENTO, Regina Coelli Gomes; MOURA, Paulo Vieira de. **Direitos humanos e política social**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2019.

MOUSSA, Bahaa Ali; CAVALLI, Luciana Osório. Estudo do perfil dos usuários de PREP (profilaxia pré-exposição ao HIV) no Município de Cascavel. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. 1-6, 2022.

NEMES, Maria Ines Battistella *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. S310-S321, 2004.

NOGARA, Bibiana Letícia *et al.* Sociodemographic profile of users and discontinuation rate of HIV pre-exposure Prophylaxis after the expansion of access. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 12, p. 1-8, 2024.

NUNES, Rosane Leite. **Motivações e experiências de uso da profilaxia pré-exposição ao HIV em mulheres profissionais do sexo**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] Universidade Católica de Santos, Santos, 2022.

OLIVEIRA NETO, Francisco Paulino de. **"Todo mundo conhece todo mundo"**: interioridade e a territorialidade do cuidado em HIV/Aids na Atenção Básica em Rio

Tinto (Paraíba). Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Antropologia] Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, 2024.

OLIVEIRA, Camila Souza de *et al.* Perfil epidemiológico da AIDS no Brasil utilizando sistemas de informações do DATASUS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 52, n. 3, p. 281-285, 2020.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista enfermagem UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. **Revista de Informação Legislativa**, v. 59, n. 234, p. 197-215, 2022.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de *et al.* Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 12, n. 4, p. 370-374, 2018.

OLIVEIRA, Nythamar de. **Tractatus practico-theoreticus**: ontologia, intersubjetividade, linguagem. Porto Alegre: Editora Fi, 2016.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.

Universidade de São Paulo, 1946. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 08 jun. 2023.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Organização dos Estados Americanos, 1948. Disponível em:

<https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 18 set. 2023.

ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Organização dos Estados Americanos, 1966. Disponível em:

<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

OPAS/OMS. Ferramenta da OMS para implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV. Módulo 11: Usuários da PrEP. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2019b.

OPAS/OMS. Ferramenta da OMS para implementação de profilaxia pré-exposição (PrEP) oral ao HIV. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2019a.

OTTEN, Ron A. Efficacy of Postexposure Prophylaxis after Intravaginal Exposure of Pig-Tailed Macaques to a Human-Derived Retrovirus (Human Immunodeficiency Virus Type 2). **Journal of virology**, v. 74, n. 20, p. 9771–9775, 2000.

OUELLET, Estelle *et al.* Cost effectiveness of ‘on demand’ HIV pre-exposure prophylaxis for non-injection drug-using men who have sex with men in Canada.

Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology, v. 26, n. 1, p. 23-29, 2015.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 40, n. suppl, 2006.

PALUDO, Isadora Cristina Putti; OLESIK, Luisa da Rosa; QUINTANA, Alberto Manuel. Idosos soropositivos: A construção de significados para o envelhecimento com HIV/AIDS. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 41, n. 1, p. 1-15, 2021.

PARAÍBA. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids** - Cenário atual do Estado da Paraíba. n. 1, 02 de dez de 2019.

PARAÍBA. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids** - Cenário atual do Estado da Paraíba. Governo da Paraíba, 2024. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-1-2024.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2025.

PARAÍBA. **Levantamento dos serviços de referência para HIV**. Governo da Paraíba, 2023. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/FLUXOSERVICOSHIV..pdf>. Acesso em: 21 ago. 2023.

PARAÍBA. **Levantamento dos serviços de referência para HIV**. Governo da Paraíba, 2023. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/FLUXOSERVICOSHIV..pdf>. Acessado em: 13 de nov. 2024.

PARKER, Richard; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. Sup. 1, p. S89-S102, 2000.

PAULA, Jéssica. **Ativistas e especialistas pedem que mulheres sejam incluídas em pesquisas e campanhas sobre PrEP**. Agência de Notícias da AIDS, 2020. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/ativistas-e-especialistas-pedem-que-mulheres-sejam-incluidas-em-pesquisas-e-campanhas-sobre-prep>. Acessado em: 12 de jul. de 2024.

PEREIRA, Ivonei de Lucena. **Evolução da AIDS na população jovem da Paraíba no período de 2007 a 2014**. Dissertação [Mestre em Enfermagem] Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

PEREIRA, Maria Eduarda Padilha. **Perfil epidemiológico dos usuários da profilaxia pré exposição ao HIV em um município no centro-oeste do Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharel em Enfermagem] Centro Universitário Guairacá, Guarapuava, 2024.

PEREIRA, Sibele Pereira *et al.* Prevalência do vírus HIV em gestantes no estado da Paraíba (2020-2024). **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 21, n. 61, p. 117-139, 2025.

PEREIRA, Thiago Gomes. **Design e saúde**: campanha digital informativa sobre a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). Trabalho de Conclusão de Curso [Tecnólogo

em Design Gráfico] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Cabedelo, 2022.

PETERKE, Sven. O DIDH como direito positivo. In: PETERKE, Sven. **Manual prático de direitos humanos internacionais**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2010.

PETERKE, Sven. Os direitos humanos internacionais como direitos objetivos e subjetivos. In: PETERKE, Sven. **Manual prático de direitos humanos internacionais**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2010.

PETERS, Carlos Eduardo Marotta. Religião e representações da homossexualidade em escolas públicas de Penápolis–SP (1990-2009). **Revista Memore**, v. 4, n.2-II, p.165-186, 2017

PIMENTA, Maria Cristina *et al.* Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. **Cadernos de saúde pública**, v. 38, n. 1, p. 1-12, 2022.

PINTO, Agnes Caroline S. *et al.* Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. Direitos humanos na internet, 2006. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/flaviapiovesan/piovesan_dh_direito_constitucional.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos, acesso a medicamentos e propriedade intelectual: desafios e perspectivas. In: Brasil. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Pós-guerra, Estado de bem-estar e desenvolvimento. In: Ponte, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

POLEJACK, Larissa. **Pesquisa e avaliação da dinâmica relacional de casais sorodiferentes**. In: FRANCH, Mônica *et. al* (Orgs.). **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Grupessc/Editora Manufatura, 2011.

PRADO, Guilherme Augusto Souza *et al.* Direitos Sexuais e Reprodutivos nos Protocolos Profissionais sobre HIV/Aids. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 1663-1686, 2022.

PRADO, Rogério Ruscitto do; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de aids no Estadode São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 5, p. 537-542, 2009.

PRATA, Maiky Carneiro da Silva *et al.* Impacto da implementação da linha de cuidado integral a travestis e transsexuais na adesão ao uso da PeEP no município de Diadema. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, n. S1, p. 108-109, 2023.

PRATA, Maiky Carneiro Silva. Descrição do perfil de usuários da profilaxia pré-exposição ao HIV em serviço de atenção especializada do município de Diadema. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, n. S2, p. 1-2, 2022.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios de Yogyakarta**: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2006. Disponível em: https://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 20 out. 2024.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, p. 1-23, 2018.

PROTOCOLO DE SAN SALVADOR. **Protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, “Protocolo de San Salvador”**. Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 1988. Disponível em: http://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz. MENDES, Isabel Amélia Costa. DIAS, Sonia. Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 1-8, 2022.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

RADDATZ, Vera Lucia Spacil. Conhecimento dos idosos sobre a Profilaxia Pré-exposição ao HIV. In: **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Online: editora realize, 2019.

RADDATZ, Vera Lucia Spacil. O Direito à Informação: Democracia e Cidadania na Comunicação. In: **XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Manaus: Intercom, 2013.

RAMALHO, Joanna Angelica Araujo *et al.* Categoria da exposição racial ao HIV/AIDS: um estudo retrospectivo na Paraíba. In: **13º Congresso Internacional Rede Unida**. Manaus: Rede Unida, 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

REIS, Ana Beatriz de Oliveira. **Análise dos antirretrovirais utilizados por pessoas vivendo com HIV/AIDS, diagnosticadas com infecções oportunistas, atendidas em um serviço de atenção especializada no município de Caicó – RN**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Farmácia] Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2022.

REIS, Cláudia Tartaglia *et al.* A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo

intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1219-1228, 2008.

REIS, Neilton dos; PINHO, Raquel. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 1, p. 7-25, 2016.

RIOS, Roger Raupp. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2004.

RITTER, Priscila Gil. **A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP): Desafios e Perspectivas**. Dissertação [Mestrado Profissional em Saúde Coletiva] Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2023.

RODRIGUES, Jaílson Alberto *et al.* Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 141-148, 2016.

RODRIGUES, Maria de Fátima *et al.* Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual Saúde Pública Goiás Cândido Santiago**, v. 6, n. 2, p. 1-15, 2020.

RODRIGUES-JÚNIOR, Antônio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 312-317, 2004.

RUEFF, Maria do Céu. Direitos Humanos, acesso à saúde e VIH/Sida. **Arquivos de medicina**, v. 21, n. 2, p. 59-65, 2007.

SALES, Tiago. PrEP. In: FERRARA, Andrea P. *et al.* **Poéticas de vida: escritas de si(da)**. São Paulo: Editora Monstra, Acervo Bajubá e GIV ONG, 2022.

SANTANA, Ana Flávia de Paula *et al.* Perfil de atendimentos da profilaxia pré-exposição de risco a infecção pelo HIV (PrEP) em um serviço de referência no interior de Minas Gerais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 12421-12441, 2021.

SANTANA, Mariana Cristine Teixeira. **Stealth como violência de gênero: Os limites do consentimento e a possibilidade jurídica do aborto por analogia in bonam partem**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023.

SANTOS, Alexandre Gomes dos *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de indivíduos submetidos à profilaxia da infecção pelo vírus HIV no interior da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 46, p. 1-9, 2023.

SANTOS, André de Sousa. **Avaliação Económica da PrEP (da infecção por VIH), em HSH, no Norte de Portugal**. Dissertação [Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde] Universidade do Porto, Porto, 2020a.

SANTOS, Boaventura de Sousa; NUNES, João Arriscado. **Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Cristina Correia Mamouros. **A IDADE CHEGA PARA TODO MUNDO: trajetórias de mulheres que envelhecem com HIV**. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Serviço Social] Universidade Federal de do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

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**. Dissertação [Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024.

SANTOS, Lorruan Alves dos; GRANGEIRO, Alexandre; COUTO, Marcia Thereza. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens: comunicação, engajamento e redes sociais de pares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.10, p. 3923-3937, 2022.

SANTOS, Lucas Guilhermino dos *et al.* Profilaxia Pós-Exposição (PEP) como modelo de prevenção combinada: análise do perfil epidemiológico dos usuários em um município do estado de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. 1-10, 2020b.

SANTOS, Natália da Silva. BENITO, Linconl Agudo Oliveira. **Perfil epidemiológico de HIV/AIDS em idosos no Brasil: 2009-2018**. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Enfermagem] Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.

SANTOS, Rana Malva Medeiros Dos. O processo de envelhecer com HIV/AIDS: uma abordagem gestáltica. **IGT na Rede**, v. 10, n. 18, p. 104-116, 2013.

SANTOS, Renato Caio Silva; SCHOR, Neia; DE LIMA, Marcela Cordeiro Felix. “Ofereceram mil reais a mais”: Práticas de prevenção à infecção pelo HIV entre garotos de programa de luxo. **Psicologia Revista**, v. 30, n. 1, p. 35-53, 2021.

SCHUELER, Kellie *et al.* Pre-exposure prophylaxis (PrEP) awareness and use within high HIV transmission networks. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 7, p. 1893-1903, 2019.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. **A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids**. In: ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Mito versus Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SILVA, Flaviane de Lima Pereira; COUTINHO, Diogenes José Gusmão. O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso da PrEP no estado de Sergipe. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 2, p. 1268-1281, 2025.

SILVA, Jacqueline Santos da. NAZÁRIO, Jaqueline do Nascimento. **A política de assistência a saúde do idoso com HIV/AIDS: dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Serviço Social] Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca. Entre o risco e a gravidez: decisões reprodutivas de casais sorodiscordantes para o HIV/Aids. In: **17 Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher e Relações de Gênero - REDOR**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2012. v. I. p. 01-12.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca. **Fazendo a diferença**: as dinâmicas da conjugalidade sorodis-cordante para o HIV/Aids. João Pessoa: Editora UFPB, 2022.

SILVA, Nicolle Tancman Candido da. Do heterossuporte ao autossuporte: sexualidade, gênero e o suporte familiar. In: Klauss, Jaisa; Freitas, Patrícia Gonçalves de. **Psicologia social e saúde**: Teoria e prática. Vol. 1. Rio de Janeiro: e-Publicar, 2023.

SILVA, Tiago Ferreira *et al.* Perfil epidemiológico de portadores do vírus HIV em um município do interior de São Paulo. **Ensaio USF**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2024.

SILVA, Valéria Marinho Nascimento. **A CNAIDS e as mulheres**: uma perspectiva avaliativa sobre o processo de participação da sociedade civil na política nacional de HIV/Aids, no período de 2007 a 2019. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SIMÃO, Mariângela Galvão; BARBOSA, Eduardo Luiz. Apresentação. In: BRASIL. **Direitos humanos e HIV/aids**: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOARES, Carina Pacheco. **O efeito placebo**. Trabalho de Conclusão de Curso [Licenciado em Ciências Biológicas] Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2002.

SOTERO, Gabriel Campelo; PRADO, Guilherme Augusto Souza. Prevenção combinada frente ao HIV/aids: uma revisão sistemática da literatura nacional. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 35, n. 1, p. 1-14, 2024.

SOUSA, Adelaine Maria de *et al.* A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUSA, Ana Carla A.; SUASSUNA, Daniella SB; DA COSTA, Stênio Melo Lins. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com Aids. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 21, n. 1, p. 22-26, 2009.

SOUSA, Gabriel Bastos de *et al.* Adesão, efetividade e impacto da PrEP: explorando evidências na prevenção do HIV no município de Teresópolis, RJ. **Revista da JOPIC**, v. 1, n. 13, p. 25-35, 2025.

SOUSA, Kelly Elaine de *et al.* Perfil dos usuários de uma unidade especializada do Paraná sobre Profilaxia Pré-Exposição ao HIV/AIDS. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, p. 1-10, 2022.

SOUSA, Lucas Fernando Bento de; SOARES, Lorena Sousa. PROFILAXIA PRÉ E PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS: CONSTRUÇÃO DE INFOGRÁFICO PARA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 2, p. 65-72, 2024.

SOUSA-GOMES, Marcia Leite de *et al.* Coinfecção Leishmania-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 519-526, 2011.

SOUZA JÚNIOR, Marcílio Barbosa Mendonça de; MELO, Marcelo Soares Tavares de; SANTIAGO, Maria Eliete. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Movimento**, v. 16, n. 3, p. 29-47, 2010.

SOUZA, Ana Beatriz Pacheco de *et al.* Análise da efetividade do tratamento antirretroviral na prevenção da transmissão vertical do HIV: uma mini revisão. **Revista Educação em Saúde**, v. 12, n. Supl 1, p. 42-50, 2024.

SOUZA, Cristiane Chaves de *et al.* Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Epidemiológico. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 11, n. 35, 2013.

SOUZA, Kellcia Rezende; KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação e filosofia**, v. 31, n. 61, p. 21-44, 2017.

SOUZA, Marcus Vinicius Lessa de *et al.* Acesso a PrEP por homens cisgênero e transexuais: Um estudo de abordagem qualitativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2021.

SOUZA, Welynton Antonio de; SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da AIDS. **Revista Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 487-500, 2015.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, noperíodo de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. Sup.1, 2000.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* HIV incidence estimates by sex and age group in the population aged 15 years or over, Brazil, 1986-2018. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, n. Supl 1, p. 1-11, 2022.

TERTO JR., Veriano; RAXACH, Juan Carlos. Preconceitos e estigmas no caminho para uma prevenção combinada. In: **Boletim ABIA**, outubro de 2018, n. 63, Truvada Livre! Rio de janeiro: ABIA, 2016.

THIGPEN, Michael C. *et al.* Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. **New England journal of medicine**, v. 367, n. 5, p. 423-434, 2012.

TJDFT. **Stealthing**. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 2021. Disponível em: < <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/stealthing> >. Acesso em: 24 out. 2024.

- TOSI, GIUSEPPE. Direitos Humanos: Afirmção Histórica e características. In: NÁDER, Alexandre Antônio Gíli. FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra. FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira. **Diversidade e Cidadania: A educação em direitos humanos na escola**. João Pessoa: CCTA, 2018.
- TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina XG de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.
- TRAVERNSOLO, Alice. Os desafios da empregabilidade da profilaxia pré-exposição. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 42, n. 2, p. 135-43, 2024.
- TRINDADE, Pedro Victor Correa. PrEP no contexto do serviço de atendimento especializado: conhecimento dos pacientes sobre a profilaxia contra o HIV. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v.18, n.3, p. 1-13, 2025.
- TSAI, Che-Chung *et al.* Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mac} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. **Journal of virology**, v. 72, n. 5, p. 4265-4273, 1998.
- UNAIDS. Guia de Terminologia do UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf. Acesso em: 14 out. 2023.
- UNSAIN, Ramiro Andres Fernandez *et al.* Trans/Travesti/+: PrEP em serviços especializados antes e durante a pandemia de covid-19. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, n. suppl 1, p. 1-13, 2024.
- VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 13, n. 23, 2016.
- VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 92, p. 45-77, 2014.
- VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.
- VENTURA, Miriam. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. In: ACSELRAD, Gilberta. **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005,
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça**. Brasília: Ipea, 2020.
- LUSTOSA, Larissa Lorena de Carvalho *et al.* Contaminação de trabalhadores da saúde pelo Vírus HIV Workers health contamination by HIV Virus. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 72065-72074, 2021.

VIEIRA, Maria Augusta Stulp; STRASSER, Adrilli; BATISTA, Keila Zaniboni Siqueira. Perfil dos usuários da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV de Blumenau, Santa Catarina. **Journal Health NPEPS**, v. 9, n. 2, p. 1-21, 2024.

VILLARINHO, Mariana Vieira *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 271-277, 2013.

WEIS, Carlos. **Direitos Humanos Contemporâneos**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

WEIS, Carlos. Direitos humanos e defensoria pública. **Boletim IBCCRIM**. São Paulo, v.10, n. 115, jun. 2002.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

ZUCCHI, Eliana Miura *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**, v. 34, n. 7, p. 1-16, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
.....	260
APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO — USUÁRIOS DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO – PREP	
.....	262
APÊNDICE C — DECLARAÇÃO DE AUTORIA	
.....	266

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Direito a saúde e a efetivação das políticas de prevenção ao HIV/Aids: uma análise da interiorização da PrEP e PEP no estado da Paraíba (2018 -2024)”, e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa do curso de Doutorado em Ciências Jurídicas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do professor Robson Antão de Medeiros.

Convidamos o Senhor(a) para participar de forma voluntária da pesquisa, informo que a sua decisão em participar desse estudo é livre, bem como retirar-se a qualquer momento sem quaisquer prejuízos de qualquer natureza.

Essa pesquisa possui como objetivo “Avaliar a existência de limitações no acesso às políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, PrEP e PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte do interior do estado da Paraíba”, a fim de contribuir com o levantamento de dados concretos sobre a introdução e interiorização da PrEP e PEP como política de prevenção ao HIV no estado da Paraíba, buscando conhecer a realidade vivenciada pelos usuários residentes em cidades do interior do estado em relação ao acesso as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids, sinalizar possíveis dificuldades enfrentadas pelo Estado na implementação dessas políticas visando produzir dados que possibilitem aos gestores a elaboração e implementação de estratégias objetivando superar essas possíveis obstáculos na implementação dessas políticas. Os dados provenientes dessa pesquisa podem servir de mais um instrumento para subsidiar a criação, consolidação e ampliação das políticas de prevenção ao HIV/Aids na Paraíba, levando em consideração a garantia dos Direitos Humanos das pessoas residentes nas cidades do interior.

Assim, essa pesquisa visa se debruçar sobre a realidade vivenciada no estado da Paraíba em relação ao acesso a população de cidades de médio e pequeno porte da Paraíba as políticas públicas de prevenção ao HIV, especificamente a PrEP e PEP.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário. Informamos que essa pesquisa não irá causar riscos à sua saúde física, entretanto, pode ocasionar incômodos em sua saúde mental como desconforto moral/emocional ao abordar alguns temas. No caso de algum tipo de incômodo, o pesquisador adotará algumas medidas visando prevenir e/ou minimizar esses riscos, como, a interrupção da resposta ao questionário, o diálogo individualizado em local calmo e tranquilo e orientação para buscar serviço adequado. Declaro que a pesquisa não trará riscos de forma direta ou indireta que possa prejudicar a sua vida ou suas relações sociais. Informo ainda, que essa pesquisa, trará como benefícios, a contribuição na ampliação do conhecimento científico na área das ciências Jurídicas e da saúde nas temáticas que tratam sobre o acesso as políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids dos residentes das cidades de médio e pequeno porte do interior do estado da Paraíba.

Esta pesquisa está de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS), e assim, a proposta foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, para garantia dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. A sua participação nesse estudo é isenta de custos, assim como a sua participação não implicará em remuneração. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo nesse Serviço de Saúde.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados em eventos científicos, publicados em revista científica nacional e/ou internacional, bem como apresentados nas instituições participantes. Será assegurado o sigilo dos dados de identificação dos participantes dessa

pesquisa, mesmo em ocasião da publicação dos resultados.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário acerca da pesquisa e em qualquer etapa, assim como o Comitê de Ética em Pesquisa/CSS/UFPB também poderá ser consultado para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos do estudo.

Local: _____
Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato do Pesquisador Responsável:

Endereço: Rua Pedro Alves de Andrade, 251, Apto. 303, Jardim São Paulo, João Pessoa/PB, 58053-024.

Fone (083) 99663-3119

E-mail: bruno.barbosa@estudantes.ufpb.br

Ou

Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas

Centro de Ciências Jurídicas - CCJ 1º andar - Universidade Federal da Paraíba

Jardim Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco - João Pessoa-PB - CEP:58051-900

Fone:

E-mail:

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba

Campus I – 1º Andar, Jardim Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco - João Pessoa-PB - CEP:58051-900

Fone: (083) 3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Declaração do Participante

Diante das informações acerca da finalidade do estudo, da garantia dos meus direitos como participante de pesquisa, de como será minha participação (respondendo questionário entregue pelo pesquisador), e que poderei retirar-me do estudo a qualquer momento, sem nenhum dano para mim e para meu atendimento no serviço, declaro que fui devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa, os possíveis riscos e os benefícios e aceito participar da pesquisa de forma voluntária. Estou ciente que receberei uma via desse documento

Assinatura do Participante da Pesquisa



Dactiloscópica

**APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO — USUÁRIOS DA PROFILAXIA PRÉ-
EXPOSIÇÃO – PREP**

Questionário – usuários da Profilaxia Pré-Exposição – PrEP

Nome: _____

Idade: _____

Identidade de Gênero: _____

Orientação Sexual: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Cor/raça: _____

Situação de Trabalho atual: _____

Profissão: _____

Renda: _____

1. Em qual cidade você reside atualmente?

2. Como você percebe a disponibilidade dos serviços de prevenção ao Vírus da imunodeficiência humana - HIV/ síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids (Profilaxia Pré-Exposição - PrEP, a Profilaxia Pós Exposição - PEP, etc.) no município em que você reside?

3. Como você percebe a disponibilidade dos serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) em João Pessoa?

4. Como você tomou conhecimento da PrEP/PEP?

5. O que o levou a iniciar a PrEP?

6. Você percebeu alguma barreira ao buscar os serviços de saúde de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.)?

7. Você buscou informações sobre os serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) nos serviços de saúde do município que você reside atualmente? Caso sim, como foi sua recepção? Quais informações foram passadas?

8. Você tem e/ou teve receio em buscar informações sobre os serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP, etc.) no município que você reside? Caso sim, quais motivos o levaram a ter esse receio?

9. A quanto tempo você utiliza a PrEP em João Pessoa?

10. Caso a PrEP estivesse disponível nos serviços de saúde do município que você reside, você acredita que teria buscado esse serviço anteriormente?

11. Você já utilizou a PEP? Caso sim, qual o motivo?

12. Como é feito o seu deslocamento da cidade em que você reside para João Pessoa? (veículo próprio, carona, transporte particular, transporte público, transporte da prefeitura da cidade, etc.).

13. Caso o transporte utilizado para realizar o atendimento seja fornecido pela prefeitura do município em que você reside, como você se sentiu ao procurar a prefeitura? (Se sentiu acolhido, julgado, etc.).

14. Em média, qual o custo para esse deslocamento? (gasto com gasolina, passagem de ônibus intermunicipal e interurbano, alimentação, etc.).

15. Esse valor dificultou o seu início e/ou dificulta a sua permanência na PrEP?

16. Quanto tempo é gasto no seu deslocamento da sua cidade que reside para João Pessoa?

17. Esse tempo de deslocamento dificultou o seu início e/ou dificulta a sua permanência na PrEP? (por trabalhar e não ter tempo para se deslocar, etc).

18. Você realiza no dia de atendimento o deslocamento da cidade em que você reside para João Pessoa apenas para ir ao atendimento ou aproveita outra atividade na cidade (como universidade, trabalho, etc)?

19. Essa necessidade de deslocamento entre cidades dificultou o seu início na PrEP?

20. Essa necessidade de deslocamento entre cidades dificulta a sua permanência na PrEP?

21. Conhece alguém que gostaria de iniciar e/ou parou a PrEP por causa da necessidade de deslocamento entre cidades? Caso sim, por qual motivo? (valor gasto para o deslocamento, tempo, transporte etc).

22. Você gostaria que a PrEP estivesse disponível no seu município de residência? Caso sim, quais facilidades e/ou dificuldades essa oferta poderia trazer na sua permanência na PrEP?

23. Qual a importância da PrEP na sua vivência para a prevenção ao HIV/Aids?

24. Quais outras dificuldades e/ou facilidades você percebe em utilizar a PrEP em João Pessoa?

25. Quais possíveis estratégias poderiam ser feitas para ampliar o acesso aos serviços de prevenção ao HIV/Aids (PrEP, PEP)?

APÊNDICE C — DECLARAÇÃO DE AUTORIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

**DECLARAÇÃO DE AUTORIA**

NOME: BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA

CPF: 092.931.504-92

Código de Matrícula: 20211017774

Telefone: (83) 99663-3119

E-mail: bruno.barbosa@estudantes.ufpb.br

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS, DO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA PARAÍBA.**

ORIENTADOR: PROF. DR. ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS

DATA DA DEFESA FINAL: 26 de junho de 2025

**TÍTULO/SUBTÍTULO: POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO
HIV/AIDS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE:** Uma análise da
percepção dos usuários sobre o processo de interiorização da PrEP e PEP no
estado da Paraíba (2018 -2024).

Declaro, para os devidos fins, que o presente trabalho de tese, em fase de defesa, apresentada ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS, DO CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**, Área de Concentração: Direitos Humanos e Desenvolvimento e Linha de Pesquisa: Inclusão Social, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos, é de minha autoria e que estou ciente: dos Artigos 184, 297 a 299 do Código Penal, Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940; da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, sobre os Direitos Autorais, do Regulamento Disciplinar do Corpo Discente da UFPB, da Resolução da Pós-graduação da UFPB; e que plágio consiste na reprodução de obra alheia e submissão da mesma, como trabalho Próprio, ou na inclusão, em trabalho próprio, de ideias, textos, tabelas ou ilustrações (quadros, figuras, gráficos, fotografias, retratos, lâminas, desenhos, organogramas, fluxogramas, plantas, mapas e outros) transcritos de obras de terceiros sem a devida e correta citação da referência.

João Pessoa – PB, 29 de junho de 2025

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Assinatura do Autor

ANEXOS

ANEXO A — TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA	268
ANEXO B — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	269
ANEXO C — ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA .	273

ANEXO A — TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA



TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Escola de Saúde Pública da Paraíba, por ter sido informada por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **DIREITO A SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DA INTERIORIZAÇÃO DA PREP E PEP NO ESTADO DA PARAÍBA (2018 -2024)**, autoriza a realização das etapas do projeto de pesquisa, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa**, sob orientação de **Robson Antônio de Medeiros**, a ser realizado no(a) **Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga**, da Rede Estadual de Saúde da Paraíba.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

Informamos que para emissão de Encaminhamento para acesso a Rede Estadual de Saúde fica condicionada a apresentação a ESP-PB do **Parecer Consubstanciado de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em foi realizada a coleta de dados e entrega da versão final da pesquisa em formato digital no Núcleo de Investigação Científica da ESP-PB.

O descumprimento desses condicionamentos assegura a ESP-PB o direito de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa.

João Pessoa - PB, 08 de março de 2023

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena
Diretora Acadêmica
ESP/PB
Mat: 186.730-0


Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena
Matrícula: 186.730-0
Escola de Saúde Pública da Paraíba
Direção Acadêmica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3214-1732

ANEXO B — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Direito a saúde e a efetivação das políticas de prevenção ao HIV/AIDS: uma análise da interiorização da PrEP e PEP no estado da Paraíba (2018 -2024)

Pesquisador: BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70733923.8.0000.5188

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Ciências Jurídicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.191.741

Apresentação do Projeto:

Visando compreender o processo de interiorização na Paraíba, da PrEP e PEP, e a realidade vivenciada sobre o acesso as políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS, o ambiente que se pretende a realização dessa pesquisa é no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas - Dr.

Clementino Fraga - CHCF, instituição de referência no tratamento e prevenção do HIV, e o único serviço que disponibiliza a Profilaxia Pré-Exposição

– PrEP e um dos nove que possuem disponíveis a Profilaxia Pós Exposição – PEP no estado da Paraíba. Em relação aos participantes, serão incluídas nesse estudo todas as pessoas que, cumulativamente, estejam realizando o uso da PrEP ou já tenham/estejam utilizado a PEP no Hospital

Dr. Clementino Fraga e não residam na cidade de João Pessoa – PB. Já o critério de exclusão será os usuários que realizem o uso dessas políticas

de prevenção nesse hospital e afirmem possuir residência em um município que não pertença ao território paraibano. Atualmente, segundo o

Ministério da Saúde, 97 usuários estão utilizando o serviço da PrEP na Paraíba. Não é possível a partir dos dados divulgados por esse órgão

estabelecer o quantitativo numérico dentro do universo desses usuários que não residem na

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.191.741

cidade de disponibilidade desse medicamento, João Pessoa. Inicialmente, pretendemos como universo da pesquisa, incluir todos os usuários da PrEP que satisfaçam os critérios de inclusão e não estejam incluídos nos critérios de exclusão. A captação de voluntários será feita a partir do contato com os usuários durante os dias que os serviços funcionarem, abordando esses no momento de espera para o atendimento pelo médico infectologista responsável pelo programa no Hospital. Além dessa aproximação no serviço de saúde, utilizaremos também a técnica de amostragem “snowball” conhecida no Brasil como “Bola de Neve” que utiliza cadeias de referência (BALDIN & MUNHOZ, 2011). Trata-se, segundo esses autores, de uma técnica de amostragem não probabilística, onde os participantes iniciais da pesquisa indicam outros participantes que também fazem novas indicações de participantes e assim sucessivamente. Os usuários que concordarem em participar como voluntários da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, responderão a um questionário que abordará temas de interesse do estudo como as dificuldades encontradas em acessar e continuar utilizando os serviços de prevenção ao HIV/AIDS diante da necessidade de deslocamento entre cidades, sua percepção em relação à disponibilidade dessas políticas entre o seu município de origem e o que faz uso da política, a importância da PrEP e PEP na sua vivência para a prevenção ao HIV, entre outras. Dentre as técnicas de análise de dados, optamos em utilizar a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) que propõe etapas a serem realizadas nessa técnica de análise. As três etapas indicadas são a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira visa à definição dos documentos que serão utilizados, a proposição de hipóteses, os objetivos da pesquisa e o referencial teórico a ser utilizado. A segunda, ocorre a estruturação dos dados que foram encontrados, o que possibilita a compreensão dos conteúdos do texto. Por fim, a última etapa, ocorre inferências e/ou interpretações sobre os objetivos que foram indicados na primeira etapa pelo pesquisador, momento em que se confrontam os resultados que foram obtidos com a pesquisa. Seguindo tais etapas propostas por Bardin (1997), Oliveira (2008), propõe procedimentos a serem utilizados na análise

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.191.741

temático-categorial, a qual pretendemos seguir nesse estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a existência de dificuldades no acesso às políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS, PrEP e PEP, dos residentes nas cidades de médio e pequeno porte do interior do estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram bem avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se encontra de acordo com os requisitos éticos indicados pelas resoluções do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável a APROVAÇÃO do referido projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2159856.pdf	20/06/2023 11:48:11		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_200623.pdf	20/06/2023 11:41:50	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
Outros	Questionario_II_PEP.pdf	20/06/2023	BRUNO RAFAEL	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.191.741

Outros	Questionario_II_PEP.pdf	11:36:29	SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
Outros	Questionario_I_PrEP.pdf	20/06/2023 11:35:25	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_200623.pdf	20/06/2023 11:33:41	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_200623.pdf	20/06/2023 11:31:14	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	12/06/2023 08:57:37	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito
Outros	certidao_de_aprovacao_de_projeto.pdf	12/06/2023 08:56:07	BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 19 de Julho de 2023

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO C — ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**GOVERNO
DA PARAÍBA****SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA**

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**Da: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA****Para: COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
CLEMENTINO FRAGA**

A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA encaminha o pesquisador **BRUNO RAFAEL SILVA NOGUEIRA BARBOSA** para realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **DIREITO A SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DA INTERIORIZAÇÃO DA PREP E PEP NO ESTADO DA PARAÍBA (2018-2024)** a ser realizado neste serviço.

Informamos que o pesquisador deverá agendar com o serviço a coleta de dados e estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa no Núcleo de Investigação Científica (NIC) da ESP-PB, a fim de subsidiar a repositório virtual.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede Estadual de Saúde da Paraíba, subscrevo-me.

João Pessoa - PB, 06 de Dezembro de 2023.

Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena
Diretora Acadêmica
ESP/PB
Mat. 186.730-0

Escola de Saúde Pública da Paraíba
Núcleo de Investigação Científica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBAAv. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3214-1732