



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO

**ESTUDO SOBRE O PERFIL DA POPULAÇÃO-CHAVE QUE ACESSA A
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS (PrEP) NO BRASIL**

BRASÍLIA – DF
2025



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO

**ESTUDO SOBRE O PERFIL DA POPULAÇÃO-CHAVE QUE ACESSA A
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS (PrEP) NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.º Dr. Edgar Merchan Hamann

Prof.ª Drª Maria Isabel Martinez

Co Orientadora: Prof.ª Drª. Ximena Pamela Claudia
Dias Bermudez

Prof.º Dr. Antoni Alegre Martinez

BRASÍLIA – DF

2025

DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO

**ESTUDO SOBRE O PERFIL DA POPULAÇÃO-CHAVE QUE ACESSA A
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS (PrEP) NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB)
como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Martinez

Co Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ximena Pamela Claudia
Dias Bermudez

Prof.^o Dr. Antoni Alegre Martinez

Banca Examinadora

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
(Orientador)

Profa. Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa
Miranda

Prof. Dr. Fabio Caldas de Mesquita

Profa. Dr.^a Maria da Graça Luderitz
Hoefel

Profa. Dr.^a Dra. Maria Luisa Ballestar
Tarin

Prof. Dr. André Luiz Dutra Fener

BRASÍLIA – DF

2025

“Quando mulheres do povo como Carolina, como minha mãe, como eu também, nos dispomos a escrever, eu acho que a gente está rompendo com o lugar que normalmente nos é reservado. A mulher negra, ela pode cantar, ela pode dançar, ela pode cozinhar, ela pode se prostituir, mas escrever, não, escrever é alguma coisa... é um exercício que a elite julga que só ela tem esse direito. Escrever e ser reconhecido como um escritor ou como escritora, aí é um privilégio da elite.” (Conceição Evaristo)

DEDICATÓRIA

À minha família, meu filho e filhas, minhas irmãs, meus irmãos, minhas tias, meus sobrinhos e sobrinhas, meus netos e netas.

A todas as pessoas da organização Ação de Mulheres pela Equidade – AME. Somos AME!

Dedico este trabalho a vocês, pelo acolhimento e apoio em toda essa jornada, que começou mesmo antes da minha aprovação no doutorado.

Por terem compreendido a minha ausência em muitos momentos em que foi vital priorizar os estudos. Só foi possível chegar até aqui porque caminhei com vocês ao meu lado.

Então eu não estou só. Vocês estão exatamente aqui comigo e foram também a minha inspiração para que eu não desistisse.

Amo vocês!

In memoriam: Oldalea Carmen Dias e Maria de Lourdes de Oliveira (minhas mães), José Francisco Bernardo de Oliveira (meu pai), Maria Alice de Oliveira (minha irmã), Orlando Alves Moreira (meu irmão), Ana Gabriela de Oliveira (minha prima), Maria de Oliveira (minha tia) e Gabriela Sandoval de Melo Franco, uma amiga que encontrei nesta trilha do doutorado.

AGRADECIMENTOS

Expresso os meus sinceros agradecimentos às pessoas e instituições que tornaram esta tese possível!

A Sâmia Kelly, por ter aberto esse caminho, você foi uma inspiração, e a Edna Moura, pelo ânimo de sempre e por insistir. Lembro-me como se fosse hoje, nós três na Universidade de Valência! Vislumbramos outras possibilidades. Nosso tempo em Valência foi um divisor de águas: sonhamos juntas! Realizamos! Gratidão.

A Silvia Gigliane, que me ajudou a preparar os documentos enviados à Universidade de Valência. Obrigada por tudo!

A Noêmia Lima e Claudia Spínola, que acolheram minhas loucuras e com quem passei muitos momentos, trabalhamos juntas ou simplesmente foram inspiradoras em momentos importantes; a Lia Maria, Cleonice Barbosa, Elisabete Lima, Renata Melo Barbosa do Nascimento, Teresa Lopes Américo, Ana Luísa, Fernanda Lopes, André Fenner, Mãe Nilse de Iansã, Ana Paula Matias, Kátia Souto, Márcia Blum, Mauricéia Santana, Mirna Lúcia de Almeida, Jéssica Farias, Priscila Aquino, Marcia Blum, Lázaro Silva, Regison B. Siqueira, Lúcia Xavier, Osvaldo Jesus Filho, Jurema Werneck, Vera Américo, Carlos Silvan, Marco Antônio Chagas Guimarães, Andrey Lemos e Luísa Moura de Mesquita, grata pelo apoio em tantos momentos desafiadores, tanto no Brasil como na Espanha. Alguns de vocês foram uma inspiração para o mundo acadêmico, outros me seguiram até o final, sem soltar a minha mão! Vocês são incríveis! Em nome de vocês, eu agradeço a todas as outras pessoas amigas que, de alguma forma, compartilharam comigo esse processo. Vocês são importantes na minha vida. Obrigada!

De forma muito especial, agradeço a uma família espanhola, a família Barona, principalmente a Oscar Barona, Amparo Barona e Javier Barona. Vocês confirmaram que é possível seguir acreditando na bondade dos seres humanos. Vivenciei a experiência da imigração, fui imigrante, e vocês me acolheram, contribuíram para que meus dias fossem mais felizes e produtivos em Valência, na Espanha. A casa de vocês foi a minha casa! Sem esse apoio, teria sido muito difícil continuar e poder concluir esse doutorado. Saibam que vocês também estão aqui comigo.

Agradeço também às minhas amigas Sandra Neri e Joana Martins, que seguem sendo companheiras de tantos momentos. Irmãs generosas, vocês também fazem parte da minha história. Gratidão!

Aos meus amigos Cristiano dos Santos de Souza e Wilfredo Felipe Salinas Ramos, irmãos que dividiram comigo essa caminhada! Estenderam-me a mão e nunca soltaram! Atenção incondicional. Vocês são pessoas especiais!

À minha orientadora e ao meu orientador, com carinho. Compartilho que ao entrar na Universidade de Valência, fui extremamente bem acolhida pelos meus diretores de tese, Maria Isabel Martínez Martínez e Antoni Alegre Martínez. Saibam que vocês são brilhantes, ótimos docentes, comprometidos e sempre disponíveis. Agradeço pela inestimável ajuda em todos os momentos, em especial ao compreenderem o desafio de um doutorado em outro idioma. Obrigada, professora e professor, por me apoiarem em todos os momentos, principalmente quando a pandemia de covid-19 se instalou. Vocês foram e são incríveis! Obrigada.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras da Universidade de Valência, sempre amáveis e dispostos a encontrar soluções. Em nome de José Manuel Alamán, Carlos Ortiz Ramón e Mayte Lopez Dias, quero agradecer a todas as pessoas que trabalham no Departamento de Medicina, Saúde Pública, Higiene e Saúde Ambiental, ao Programa de Doutorado de Medicina e ao Departamento de Enfermagem e Podologia da Universidade de Valência. Gratidão!

Também quero agradecer ao professor Edgar Hamann e à professora Pamela Bermúdez, que organizaram o processo da Cotutela na Universidade de Brasília – Brasil, e me acompanham desde o meu mestrado. Vocês foram a base para que chegássemos ao fim desse ciclo. Sou grata pela confiança, pelo estímulo, inspiração e por acreditarem que eu poderia percorrer esse caminho produzindo. Obrigada!

Agradeço ainda às professoras Fátima Sousa e Valéria Mendonça, que sempre acreditaram na minha capacidade de trilhar o caminho da academia. Vocês não têm ideia do quanto foram e são inspiração, ao me acolherem no mestrado, apontando caminhos que eu poderia percorrer até o doutorado, e ao estarem sempre presentes, torcendo e apoiando. Somos parceiras! Obrigada, vocês são maravilhosas!

Ao professor Doutor Veriano de Souza Terto Jr., pelas conversas e orientações iniciais a esta escrita, que me trouxeram reflexões importantes para alcançar o resultado final. Obrigada!

Ao meu amigo professor Doutor Fábio Mesquita, meu eterno diretor! Um visionário, uma pessoa à frente do tempo! Uma inspiração, com quem aprendi que é importante ter “uma causa pela qual acordamos todos os dias” e que não podemos nos limitar em fazer mais do mesmo. Tenho tentado seguir esse princípio a cada dia da minha vida, e assim chegamos até aqui! Você ajudou a “pavimentar” o caminho para a presente pesquisa. Orgulho de chamar-te amigo! Gratidão infinita!

E jamais poderia deixar de agradecer a quem devo homenagear como profissional e amigo, Silvano Oliveira. Você é simplesmente o melhor estatístico! Obrigada por me ajudar nesse caminho. De fato, sem a sua assessoria, eu não sei como seria! Conseguimos! Sou profundamente grata.

A Maria Mercedes Bernardo Morán, minha sobrinha, por seu apoio incondicional com a tradução da tese! Você é uma profissional incrível! Obrigada.

Às minhas melhores amigas, Arlete Neto e Maria Alice, com quem a vida nos presenteou sermos irmãs de sangue. Sim, somos mais que irmãs! Vocês foram o alicerce que me sustentou e protegeu em momentos de fragilidade!

A meus queridos irmãos João, Jorge, Daniel, vocês também são parte desse momento. Obrigada por tudo e por tanto, pelas risadas, pelas danças, pela alegria e pelos momentos duros que dividimos nessa jornada! Que seja aprendizado. E a todos os meus sobrinhos e todas as minhas sobrinhas, que vocês possam seguir na realização dos seus sonhos, ultrapassando cada desafio que vier. Vocês podem tudo o que quiserem! Sim! Nós podemos! Amo vocês!

Ao meu filho, Botsang Bernardo Moiloa. Você é o melhor lado da minha pessoa! Pelas vezes em que não pude estar ao seu lado, ou quando não compreendi o seu momento na infância e adolescência. Superamos tanta coisa juntos! Tudo foi importante para o nosso desenvolvimento. Aprendo com você todos os dias, desde que me tornei sua mãe. Em sua coragem e persistência me sinto mais forte e orgulhosa! Você é grande! Eu te amo! Obrigada, meu filho, por existir, insistir e resistir! Continue assim, sendo livre!

Em nome de Vera Lúcia Santana Araújo e Aliadne Castorina Soares de Sousa agradeço à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS – AgSUS, pelo apoio no processo de finalização desta tese.

Ao Ministério da Saúde (MS), sobretudo por ter sido o espaço institucional em que eu mais aprendi muito e seguirei aprendendo, e especialmente na pessoa de Ana Roberta Pascom,

agradeço a toda equipe do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi), pelas informações disponibilizadas.

Agradeço mais uma vez a todas as pessoas que fazem a Ação de Mulheres pela Equidade (AME) ser o que é: SomosAME!

Cheguei ao final de um doutorado, mas, ao mesmo tempo, este é o começo de novos caminhos e aprendizados. E assim como não fiz sozinha este doutorado, não comecei sozinha os novos ciclos que se abrem em minha vida a partir de agora. Há muitas pessoas construindo comigo um mundo melhor. Estamos juntos e juntas! Conseguimos!

Assim, expresso minha gratidão a todas as pessoas e instituições que tornaram possível a realização desta tese. Muito obrigada!

RESUMO

Estudo sobre o perfil da população-chave que acessa a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV/Aids (PrEP) no Brasil

Objetivo: Analisar o processo de dispensação de medicamentos para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, no período de 2018 a 2021, e caracterizar o perfil sociodemográfico da população-chave que fez uso da PrEP na perspectiva das desigualdades de raça/cor e gênero. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório, que descreveu e explicou uma situação com base na investigação de condicionantes, sua complexidade e outras questões pertinentes. Foi utilizada análise de dados secundários a partir de informações pré-existentes disponibilizadas pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do MS, para identificar o número de dispensações da PrEP considerando informações relacionadas a localidade, gênero, raça/cor, idade, anos de estudo, nacionalidade, sexo e orientação sexual. **Resultados:** Pessoas brancas (segmento representando aproximadamente 60%), com ênfase em homens gays, sendo 75% com alta escolaridade (12 anos de estudo ou mais), foram os grupos que apresentaram maior adesão à PrEP. Pessoas heterossexuais demonstraram menor adesão à profilaxia. Evidenciou-se que a representatividade da população negra que faz uso da PrEP ocorre, em maior parte, às custas da categoria “pardo”, o que pode indicar que, quanto mais escura for a cor da pele, menor é a adesão ou o acesso à PrEP. **Conclusão:** A maioria da população apresentou registro de apenas uma dispensação de PrEP, o que indica que a adesão à profilaxia foi predominantemente de curto prazo. Observou-se também que o número de dispensações é influenciado por questões de gênero e raça, resultando em menor adesão à PrEP por parte de mulheres, especialmente mulheres trans, pretas e pardas. Outros fatores, como idade (particularmente entre 18-24 anos e acima de 50 anos) e baixa escolaridade, também configuram possíveis barreiras sociais à profilaxia. Além disso, mesmo quando há adesão, pode haver maior probabilidade de descontinuidade. Sugere-se que ser mulher, negra, travesti ou transexual tem relação direta com a dificuldade de aderir à PrEP, especialmente quando se reside na região Norte do Brasil.

Palavras-chave: Dispensação de Medicamentos. HIV/Aids. Profilaxia Pré-Exposição. Saúde Pública. População Negra.

RESUMEN

Estudio sobre el perfil de población clave que accede a la Profilaxis Pre-Exposición al VIH/SIDA (PrEP) en Brasil.

Objetivo: Analizar el proceso de dispensación de medicamentos para la Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) por parte del Ministerio de Salud (MS) de Brasil, en el período de 2018 a 2021, y caracterizar el perfil sociodemográfico de la población clave que utilizó la PrEP desde la perspectiva de las desigualdades de raza/color y género. **Métodos:** Estudio descriptivo y exploratorio que describió y explicó una situación basada en la investigación de condicionantes, su complejidad y otras cuestiones relevantes. Se realizó un análisis de datos secundarios utilizando información preexistente proporcionada por el Sistema de Control Logístico de Medicamentos (Siclom) del Departamento de VIH/Sida, Tuberculosis, Hepatitis Virales e Infecciones de Transmisión Sexual (Dathi) de la Secretaría de Vigilancia en Salud y Ambiente (SVSA) del MS. Este análisis permitió identificar el número de dispensaciones de PrEP considerando variables como localidad, género, raza/color, edad, años de estudio, nacionalidad, sexo y orientación sexual. **Resultados:** Las personas blancas (segmento que representa aproximadamente el 60%), con énfasis en hombres gays, siendo el 75% con alta escolaridad (12 años de estudio o más), fueron los grupos que presentaron mayor adhesión a la PrEP. Las personas heterosexuales mostraron menor adhesión a la profilaxis. Se evidenció que la representatividad de la población negra que utiliza la PrEP se debe, en mayor parte, a la categoría “mestizo”, lo que puede indicar que, cuanto más oscura sea la piel, menor será la adhesión o el acceso a la PrEP. **Conclusión:** La mayoría de la población registró únicamente una dispensación de PrEP, lo que indica que la adhesión a la profilaxis fue predominantemente a corto plazo. También se observó que el número de dispensaciones está influenciado por cuestiones de género y raza, resultando en una menor adhesión a la PrEP por parte de las mujeres, especialmente mujeres trans, negras y mestizas. Otros factores, como la edad (particularmente entre 18 y 24 años y mayores de 50 años) y la baja escolaridad, también constituyen posibles barreras sociales para la profilaxis. Además, incluso cuando hay adhesión, puede haber una mayor probabilidad de discontinuidad. Se sugiere que ser mujer, negra, travesti o transexual está directamente relacionado con la dificultad para adherirse a la PrEP, especialmente si se reside en la región Norte de Brasil.

Palabras clave: Dispensación de medicamentos. VIH/Sida. Profilaxis Preexposición. Salud pública. Población negra.

ABSTRACT

Study on the profile of the key population that accesses HIV/AIDS Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) in Brazil.

Objective: To analyze the process of dispensing Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) medications for HIV by the Brazilian Ministry of Health (MS) from 2018 to 2021 and to characterize the sociodemographic profile of the key population using PrEP from the perspective of race/color and gender inequalities. **Methods:** A descriptive and exploratory study that described and explained a situation based on the investigation of determinants, their complexity, and other relevant issues. Secondary data analysis was conducted using pre-existing information provided by the Medication Logistics Control System (Siclom) of the Department of HIV/AIDS, Tuberculosis, Viral Hepatitis, and Sexually Transmitted Infections (Dathi), under the Secretariat of Health Surveillance and Environment (SVSA) of the MS. The analysis focused on the number of PrEP dispensations considering information related to location, gender, race/color, age, years of schooling, nationality, sex, and sexual orientation. **Results:** White people (a segment representing approximately 60%), with an emphasis on gay men, 75% of whom have a high level of education (12 years of schooling or more), were the groups that showed the highest adherence to PrEP. Heterosexual individuals showed less adherence to prophylaxis. It was evident that the representation of the Black population using PrEP is largely due to the “brown” category, which may indicate that the darker the skin color, the lower the adherence or access to PrEP. **Conclusion:** Most of the population registered only one PrEP dispensation, indicating that adherence to prophylaxis was predominantly short-term. It was also observed that the number of dispensations is influenced by issues of gender and race, resulting in lower adherence to PrEP among women, particularly trans women, and Black and brown women. Other factors, such as age (particularly between 18-24 years and over 50 years) and low levels of education, also emerge as potential social barriers to prophylaxis. Moreover, even when adherence occurs, there is a higher chance of discontinuation. It is suggested that being a woman, Black, transgender, or transsexual is directly related to the difficulty in adhering to PrEP, especially for those living in the Northern region of Brazil.

Keywords: Medication Dispensing. HIV/STI. Pre-Exposure Prophylaxis. Public Health. Black Population.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Casos notificados de HIV no Brasil de junho de 2007 a junho de 2023.....	5
Figura 2 – Distribuição dos casos de óbitos por aids no Brasil, notificados em 2022	8
Figura 3 – Temas abordados no Referencial Teórico.....	16
Figura 4 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022.....	20
Figura 5 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2012 e 2022	21
Figura 6 – Casos confirmados de HIV e aids no Brasil, segundo a frequência por região de residência, no período sincronizado de 2021	24
Figura 7 – Casos confirmados de HIV e aids no Brasil, segundo sexo, no período sincronizado de 2021	25
Figura 8 – Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgreen e Whitehead .	34
Figura 9 – Evolução temporal da dispensação dos medicamentos da PrEP no Brasil	70
Figura 10 – Distribuição de usuários(as) de PrEP segundo região de residência e orientação sexual.....	79
Figura 11 – Distribuição de usuários(as) de PrEP segundo faixa etária e orientação sexual ...	80
Figura 12 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP segundo raça/cor e orientação sexual	81
Figura 13 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo escolaridade e orientação sexual	82
Figura 14 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo o órgão genital de nascimento e orientação sexual	83
Figura 15 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo situação de moradia (pessoas em situação de rua) e orientação sexual.....	85
Figura 16 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo região de residência e número de dispensações.....	86
Figura 17 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo idade e número de dispensações	87
Figura 18 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo escolaridade (em anos de estudo) e número de dispensações.....	89
Figura 19 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo órgão genital de nascimento e número de dispensações	90

Figura 20 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo identidade de gênero e número de dispensações	91
Figura 21 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo orientação sexual e número de dispensações	92
Figura 22 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de ao menos uma IST e orientação sexual	94
Figura 23 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de feridas na vagina/pênis e orientação sexual.....	95
Figura 24 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de feridas no ânus e orientação sexual	95
Figura 25 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de verrugas na vagina/pênis e orientação sexual.....	96
Figura 26 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de verrugas no ânus e orientação sexual	97
Figura 27 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de pequenas bolhas na vagina ou pênis e orientação sexual	97
Figura 28 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de pequenas bolhas no ânus e orientação sexual.....	98
Figura 29 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de sífilis e orientação sexual.....	99
Figura 30 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de diagnóstico de gonorreia e orientação sexual	99
Figura 31 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo histórico de pelo menos uma IST e número de dispensações	100
Figura 32 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de ferida no órgão genital (feminino ou masculino) e número de dispensações	101
Figura 33 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de feridas no ânus e número de dispensações	102
Figura 34 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de verrugas na vagina ou pênis e número de dispensações.....	103
Figura 35 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de verrugas no ânus e número de dispensações	104
Figura 36 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de	

Pequenas bolhas na vagina ou pênis e número de dispensações	105
Figura 37 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de pequenas bolhas no ânus e número de dispensações	106
Figura 38 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de corrimento vaginal e número de dispensações	107
Figura 39 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de sífilis e número de dispensações.....	108
Figura 40 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de gonorreia e número de dispensações	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos temas abordados na Introdução.....	4
Quadro 2 – Revisão da literatura	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nacionalidade das pessoas que usam a PrEP no Brasil.....	71
Tabela 2 – Região de residência das pessoas que usam a PrEP no Brasil.....	71
Tabela 3 – Faixa etária das pessoas que usam a PrEP no Brasil	72
Tabela 4 – População brasileira, com base no IBGE	73
Tabela 5 – Raça/cor das pessoas que usam a PrEP no Brasil.....	74
Tabela 6 – Escolaridade das pessoas que usam a PrEP no Brasil (em anos de estudo)	75
Tabela 7 – Órgão genital de nascimento das pessoas que usam a PrEP no Brasil	76
Tabela 8 – Identidade de gênero das pessoas que usam a PrEP no Brasil	76
Tabela 9 – Orientação sexual das pessoas que usam a PrEP no Brasil	77
Tabela 10 – População em situação de rua que usa a PrEP no Brasil	78
Tabela 11 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo órgão genital de nascimento e identidade de gênero	84
Tabela 12 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo raça/cor e número de dispensações	88
Tabela 13 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo nacionalidade e número de dispensações	92
Tabela 14 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo situação de moradia (pessoas em situação de rua) e orientação sexual.....	93

LISTA DE SIGLAS, ACRÔNIMOS E ABREVIATURAS

AC	Ação Católica
AP	Ação Popular
Agência Aids	Agência de Notícias da Aids
AgSUS	Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Cis	Cisgênero (pessoas)
Dathi	Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DSS	Determinantes sociais em saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MEB	Movimento de Educação Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCDT-PrEP	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PVHA	Pessoas vivendo (e convivendo) com HIV e/ou aids
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Tarv	Terapia antiretroviral
TasP	Tratamento como prevenção (<i>treatment as prevention</i> , em inglês)
TDF/FTC	Tenofovir associado a entricitabina
Trans	Transgênero (pessoas)
TTP	Tratamento para todas as pessoas
UF	Unidade Federativa
Unaids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	1
2.REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 O HIV, a aids e o perfil epidemiológico da população infectada no Brasil	16
2.2 Histórico das políticas públicas de saúde do Brasil para a resposta ao HIV e à aids.....	26
2.3 Disparidades socioeconômicas, racismos e acesso à saúde no Brasil	30
2.4 Igualdade, desigualdades, iniquidades e o acesso à saúde no Brasil	31
2.5 Racismos e as disparidades raciais em saúde no Brasil	35
3.OBJETIVOS	39
3.1 Geral	40
3.2 Específicos.....	40
4.JUSTIFICATIVA	41
5.MATERIAL E MÉTODOS	49
5.1 Metodologia do estudo e critérios de seleção	50
5.2 Hipóteses	51
5.3 Aspectos éticos	53
5.3.1 Avaliação de riscos.....	53
5.3.2 Benefícios	53
5.4 Fases do estudo.....	54
5.4.1 Primeira fase: coleta de dados	54
5.4.2 Segunda fase: revisão de literatura e busca documental	55
5.4.3 Terceira fase: elaboração da base de dados.....	67
5.4.4 Quarta fase: análise de dados	67
6.RESULTADOS	69
6.1 Resultados descritivos	70
6.1.1 Evolução temporal da dispensação de medicamentos para PrEP.....	70
6.1.2 Características do perfil das pessoas que usam a PrEP no Brasil.....	71
6.2 Resultados analíticos	78
6.2.1 Diferenciais internos da população-chave que acessou a PrEP, com ênfase na raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual	78

6.2.2	Análise do número de dispensações de PrEP no período do estudo para estabelecer comparações entre diversas variáveis sociodemográficas	85
6.2.3	Correlações entre histórico de IST entre a população-chave que utilizou a PrEP no período do estudo e orientação sexual.....	93
6.2.4	Correlações entre histórico de IST entre a população-chave que utilizou a PrEP no período do estudo e número de dispensações.....	100
6.2.5	Novo cenário da epidemia	109
7.DISSCUSSÃO		112
7.1	Potencialidades do estudo	113
7.2	Fragilidades e limitações do estudo.....	114
7.3	Comparações bibliográficas	115
8.CONCLUSÃO.....		117
8.1	Em português.....	118
8.2	En castellano.....	119
8.3	In English.....	121
9.RESUMEN AMPLIO.....		122
Introducción		123
Marco teórico		127
El VIH, el sida y el perfil epidemiológico de la población infectada en Brasil		128
Historia de las políticas públicas de salud en Brasil para la respuesta al VIH y a la Sida		128
Desigualdades socioeconómicas, racismo y acceso a la salud en Brasil		130
Igualdad, desigualdades, inequidades y el acceso a la salud en Brasil.....		131
Racismo y las disparidades raciales en salud en Brasil		132
Objetivos: General.....		133
Específicos.....		133
Justificación.....		134
Material y métodos		135
Hipótesis.....		136
Aspectos éticos y evaluación de riesgos.....		137
Beneficios.....		137
Fases del estudio.....		138
Primera fase: recopilación de datos.....		138

Tercera fase: elaboración de la base de datos.....	138
Cuarta fase: análisis de datos.....	139
Resultados descriptivos	139
Discusión.....	141
10.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
Implicações	149
Recomendações	149
REFERÊNCIAS	150
APENDICE	159
Apêndice A	160
Tabelas Siclom	160
ANEXOS	167
Anexo A	168
Ficha de Atendimento para PrEP	168
Anexo B.....	168
Formulário de Cadastramento de usuários SUS – PrEP.....	168
Anexo C	168
Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia.....	168
Anexo D	168
Parecer Consubstanciado do CEP	168

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2023, após quatro décadas em que se torna público o primeiro caso de aids no Brasil, tem-se o registro de que em 1982, pela primeira vez, foi utilizado o termo “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, conhecida pela sigla em inglês “AIDS” (Carvalho Júnior, 2020).

Esse primeiro caso confirmado de aids no país foi registrado na cidade de São Paulo e inicialmente associado, equivocadamente¹, à chamada “Doença dos 5 Hs”: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *Hookers* (profissionais do sexo em inglês) (Teixeira *et al.*, 2022).

A partir desse momento, intensificaram-se os estudos sobre a doença, com destaque para o ano de 1983, em que pesquisadores franceses e americanos conseguiram isolar o agente etiológico da aids, um retrovírus, esclarecendo os mecanismos de transmissão da doença, que ocorre por via sexual e sanguínea (Carvalho Júnior, 2020). Da mesma forma, também já se sabia que o vírus comprometia o sistema imunológico do corpo humano e tinha afinidade por células T auxiliares. Nos dias atuais, conhecemos essa doença como infecção pelo HIV e/ou aids (Aguiar *et al.*, 2022).

Carvalho Júnior (2020) destaca que, após o surgimento do primeiro caso da doença, o advento da aids coincidiu com um contexto de abertura política, envolvendo a sociedade civil na demanda por acesso a informação, recursos para pesquisa, novos medicamentos e discussões sobre temas complexos como direitos sexuais, direitos humanos, morte por aids, uso de drogas e confidencialidade em relação à soropositividade.

De acordo com Aguiar *et al.* (2022), os primeiros casos da infecção envolveram pessoas homossexuais e pacientes que receberam transfusões sanguíneas, incluindo usuários(as) de drogas injetáveis.

No entanto, passadas essas quatro décadas, vivemos ainda uma pandemia de HIV, que até os dias de hoje se caracteriza como um problema de saúde pública. Trata-se de um desafio não apenas para países como o Brasil, mas para outros da América Latina, do continente africano e da Europa. Tal situação, ao longo dos anos, mantém-se como um tema de estudos e pesquisas, além de contar com o engajamento contínuo da sociedade civil que atua no campo do HIV e da aids, em especial as pessoas vivendo e convivendo com HIV e/ou aids (PVHA)².

¹ Ressalva da autora em 9 nov. 2023.

² A sigla utilizada até há pouco tempo pelo Ministério da Saúde para pessoas vivendo com HIV era PVHIV. Contudo, a Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (An aids) defende a continuidade da sigla PVHA (pessoas

Possivelmente, esse perfil de indivíduos e o contexto social e político foram fatores fundamentais para potencializar a dinâmica da forma de organização da sociedade civil para exigir respostas do poder público; por outro lado, o diálogo construído entre o governo e esse segmento que, de certa forma, representava uma população consciente de seus direitos, empoderada e com melhores condições financeiras, pode ter sido a tônica para a conquista do direito ao tratamento e a mudança nas políticas públicas de saúde do Brasil naquele momento dos anos 1980 e 1990.

Da mesma forma, esse cenário trouxe reflexões e percepções que evidenciam um novo padrão no perfil da população infectada pelo HIV e dos casos registrados de óbito por aids, em que o componente racial se expressa como uma das principais características. Nesse contexto, as categorias “preta” e “parda” emergem como fatores que se superpõem em relação às demais variáveis que compõem o conjunto de características definidoras do perfil da população afetada, mesmo anteriormente a essas quatro décadas de epidemia.

Assim, identifica-se que a população-chave³ autodeclarada como preta ou parda (população negra) apresenta maior chance de se infectar pelo HIV, o que também se reflete em relação às mortes por aids no Brasil, em função de uma situação em que o racismo se coloca como um dos principais demarcadores dos determinantes sociais em saúde (DSS).

Os dados do Boletim Epidemiológico de HIV e Aids do Ministério da Saúde (MS), publicado anualmente, trazem informações que colaboram com esse entendimento, conforme apontado em relação aos números de casos notificados de óbitos por aids entre a população negra (independentemente do sexo, orientação sexual, gênero, classe, entre outras variáveis). O mesmo ocorre em relação às notificações de novos casos de infecção pelo HIV, evidenciando-se uma epidemia entre a faixa etária mais jovem, em que pretos e pardos apresentam o maior número de casos notificados (Brasil, 2023).

Dessa forma, o conteúdo da presente introdução, anterior aos conceitos que abordam o tema do estudo em si, traz também, neste segundo momento, algumas informações sobre o histórico do HIV no Brasil e o perfil da população afetada, com o objetivo de oferecer uma

vivendo com HIV e/ou aids), para que a aids não saia do contexto do HIV e para que doentes de aids tenham acesso e garantia de tratamento adequado.

³ O Brasil começou a adotar o conceito de “população-chave” no contexto da prevenção ao HIV e à aids a partir da década de 2000, quando se reconheceu a necessidade de direcionar as ações de saúde pública para grupos que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo vírus. O uso desse conceito foi uma resposta às altas taxas de transmissão entre determinadas populações, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas vivendo com HIV e/ou aids.

visão geral do novo cenário de casos notificados de HIV, aids e mortalidade por aids. As informações epidemiológicas representam subsídios-chave para a adoção de medidas de enfrentamento à epidemia, entre as quais se insere a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) enquanto uma estratégia de prevenção ao HIV e à aids no Brasil.

Assim, iremos discorrer sobre esses aspectos básicos da descrição dos casos de HIV e aids de forma sintética, como parte importante do conteúdo em resposta aos achados propostos pelo presente “**Estudo sobre o perfil da população chave que acessa a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no Brasil**”.

Quadro 1 – Descrição dos temas abordados na Introdução

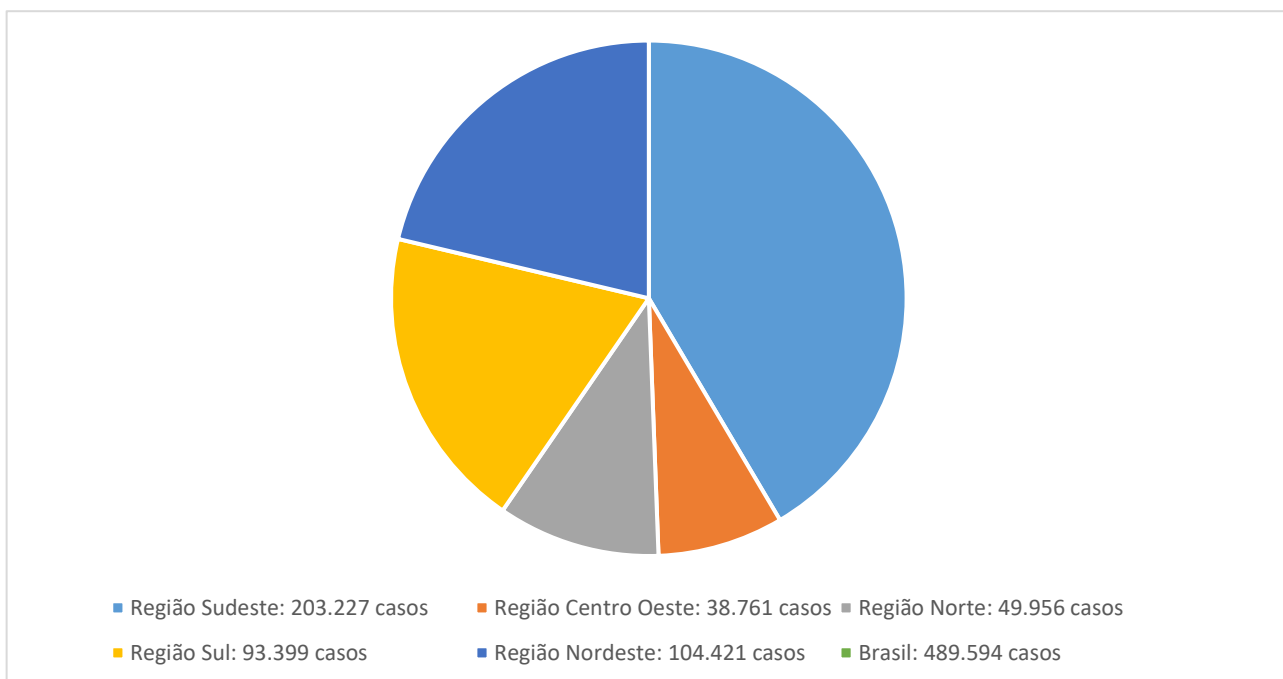
INTRODUÇÃO			
Casos notificados de HIV no Brasil por região, com ênfase na variável raça/cor	Casos notificados de aids no Brasil, com ênfase nas variáveis gênero e raça/cor	Mortalidade por aids no Brasil e o comportamento da variável raça/cor	A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no mundo e no Brasil

Fonte: elaboração da autora (2023).

Casos notificados de HIV no Brasil por região, com ênfase na variável raça/cor

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de HIV e Aids (Brasil, 2023), de 2007 até junho de 2023, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 489.594 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo esses números representados nas regiões conforme a Figura 1.

Figura 1 – Casos notificados de HIV no Brasil de junho de 2007 a junho de 2023



Fonte: elaboração da autora, com base nas informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Para além dessa série histórica de 16 anos, em que a região Sudeste detém mais de 40% dos casos notificados no Brasil, trazemos os dados para o ano de 2022, em que, segundo o mesmo Boletim Epidemiológico, foram notificados no Brasil um total de 43.403 casos de infecção pelo HIV, com o seguinte perfil regional: 15.064 (34,7%) na região Sudeste, 11.414 (26,3%) no Nordeste, 6.900 (15,9%) no Sul, 6.200 (14,3%) no Norte e 3.825 (8,8%) no Centro-Oeste.

Nesse mesmo ano de 2022, ao analisar a variável raça/cor entre os casos notificados no Sinan, 29,9% ocorreram entre pessoas que se autodeclararam como brancas e 62,8% entre a população negra (13,0% de pessoas pretas e 49,8% de pessoas pardas). Ainda no ano em questão, entre as mulheres, 28,7% dos casos estavam registrados entre mulheres brancas e 64,1% entre mulheres negras (13,8% nas que se declararam pretas e 50,3% nas que se declararam pardas) (Brasil, 2023).

Dentre os casos notificados em 2022, em relação à categoria de exposição ao HIV, verificou-se que, entre as pessoas do sexo masculino com idades de 13 a 19 anos, de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, o predomínio dos casos de infecção ocorreu na categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), correspondendo a 67,2%, 62,0% e 43,4% dos casos nessas três faixas etárias, respectivamente. Por sua vez, para homens com idade de 40 anos ou mais, a

prática predominante é a heterossexual. No que se refere às mulheres, o registro é de que a principal categoria de exposição ao HIV (mais de 80,0% dos casos) é a heterossexual, em qualquer uma das faixas etárias (Brasil, 2023).

Casos notificados de aids no Brasil, com ênfase nas variáveis gênero e raça/cor

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e Aids do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), no período de 1980 a junho de 2023, foram registrados no Brasil 1.124.063 casos de aids, com uma média anual, nos últimos cinco anos, de 35,9 mil novos casos de aids. Quanto às variáveis de gênero, tem-se que, desse total, 743.596 (66,2%), a maioria dos casos de aids, foram registrados em homens, e 380.347 (33,8%) entre as mulheres.

Sendo o Brasil um país de extensão continental, com cinco regiões distintas, esses casos de aids ocorrem de forma diferenciada; assim, a distribuição percentual dos casos identificados no período acima evidencia um comportamento regional distinto, com uma concentração menor nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, que correspondem a 17,0%, 7,3% e 6,4% do total dos casos, respectivamente. Em contrapartida, o maior número de casos de aids se concentra nas regiões Sudeste e sul do país, correspondendo cada qual a 49,7% e 19,7% respectivamente (Brasil, 2023).

É importante destacar que no Brasil, nos últimos dez anos, todas as regiões apresentaram tendência de queda na taxa de detecção de aids, com exceção da região Norte, onde houve 20,1% de elevação nessa taxa, que passou de 21,4 casos em 2012 para 25,7 casos por 100 mil habitantes no ano de 2022. Por outro lado, para esse mesmo período, as regiões onde houve os maiores registros de percentuais de decréscimo foram o Sul (36,2%) e o Sudeste (30,6%), o que colaborou para que no Brasil houvesse uma redução de 20,8% na detecção de casos de aids. Em outras palavras, a taxa de detecção do país decresceu de 21,6 em 2012 para 17,1 casos por 100 mil habitantes em 2023 (Brasil, 2023).

Há uma evidente mudança no perfil da população afetada, quando o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2023) relata que, a partir do ano de 2013, observou-se uma mudança nos registros de casos, com destaque para a distribuição de indivíduos com aids segundo raça/cor de pele. Houve um aumento percentual de pardos e pretos naquele ano, quando comparados aos brancos, embora tenha se observado uma diminuição no número geral de casos

registrados para aids. No ano de 2022, a população negra representava 60,1% (48,4% de pardos e 11,7% de pretos).

Nos anos anteriores a 2022, quando se trata do registro para a categoria gênero, a partir da análise de raça/cor, a população negra apresentou a seguinte situação: entre as mulheres negras, o percentual de casos de aids passou de 50,3%, no ano de 2012, para 61,1% no ano de 2022, um aumento de mais de 10% de casos notificados. Entre homens negros, esse percentual de casos subiu de 47,8% em 2012 para 59,8% em 2022. Em ambos os gêneros, houve um aumento de mais de 10% de casos notificados de aids (Brasil, 2023).

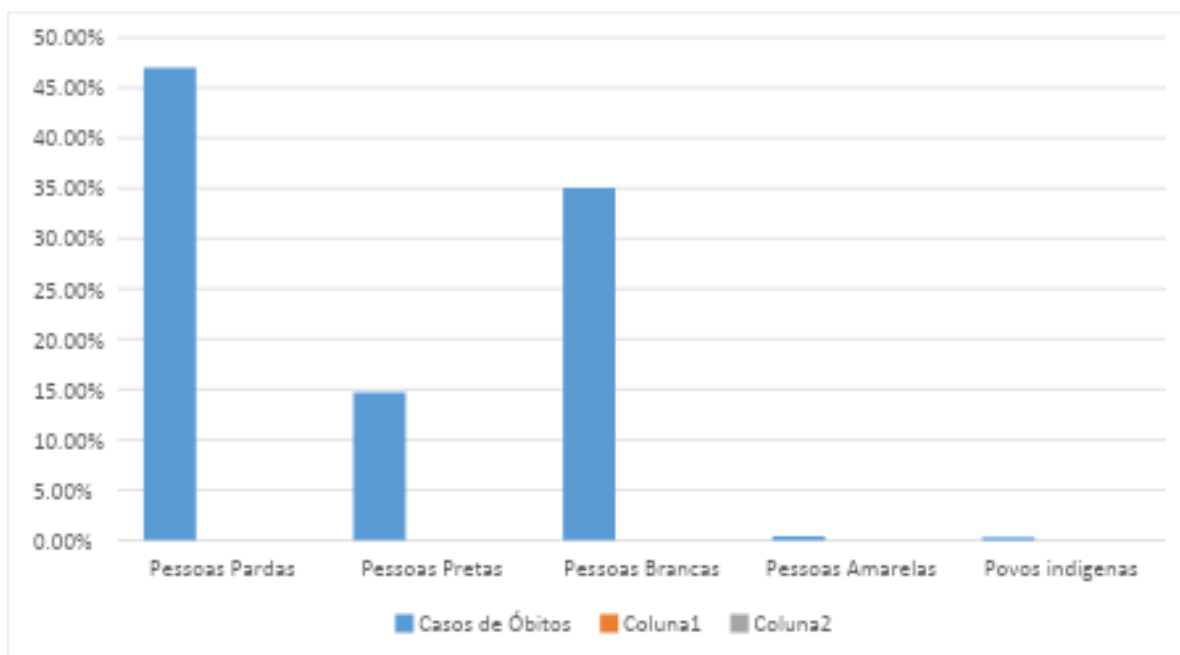
Mortalidade por aids no Brasil e o comportamento da variável raça/cor

A série histórica da epidemia de aids no Brasil, desde o ano de 1980 até 31 de dezembro de 2022, informa que foram notificados 382.521 óbitos em decorrência do HIV ou da aids. Ao analisar como esses números se comportam (nessa série histórica) em relação às diferentes regiões do país, no mesmo período, a região com o percentual mais alto é a região Sudeste, com (56,1%) dos óbitos; na sequência, encontram-se as regiões Sul (17,9%) e Nordeste (14,7%) e, por fim, temos as regiões Norte (5,8%) e Centro-Oeste (5,4%), que apresentam o menor percentual dos casos (Brasil, 2023).

Em relação à distribuição dos óbitos notificados durante o ano de 2022, com ênfase nas variáveis de raça/cor, é possível observar que 61,7% dos óbitos ocorreram entre a população negra (47,0% em pessoas pardas e 14,7% em pretas), 35,6% entre pessoas que se declararam brancas, 0,4% entre pessoas que se declararam como amarelas e 0,3% entre as pessoas autodeclaradas como indígenas (povos tradicionais) (Brasil, 2023).

A Figura 2 representa esses números a partir da distribuição de acordo com a variável raça/cor.

Figura 2 – Distribuição dos casos de óbitos por aids no Brasil, notificados em 2022



Fonte: elaboração da autora, com base nas informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Embora tenhamos um perfil distinto do início da pandemia, os dados continuam definindo os gays e HSH como um dos grupos da população-chave mais vulneráveis ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), com base em dados epidemiológicos (Kerr *et al.*, 2018).

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no mundo e no Brasil

A implantação e implementação da PrEP no Brasil se configura como uma das ações políticas públicas de saúde que integram as estratégias da prevenção ao HIV e à aids, com base no uso de antirretrovirais (ARV) por pessoas que não estão infectadas pelo HIV, mas que apresentam maior risco para a infecção pelo vírus. Alguns estudos científicos passaram a indicar que, a partir do medicamento já circulando no sangue, mesmo havendo contato com o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo.

Logo, a PrEP se insere como uma das tecnologias da prevenção ao HIV, ao controlar as infecções e interromper a cadeia de transmissão do vírus. A profilaxia também possibilita, indiretamente, uma redução dos casos de aids, que é a manifestação clínica avançada da infecção pelo HIV e caracteriza-se pela depleção das células com marcador fenotípico CD4+,

principalmente os linfócitos T, o que leva à imunodepressão e ao conseqüente desenvolvimento de doenças oportunistas e outras complicações, tais como distúrbios no sistema nervoso central. A aids, infelizmente, ainda causa mortes de muitos brasileiros e brasileiras (Abbas; Lichtman; Pober, 2000).

A PrEP se caracteriza pelo uso cotidiano de dois medicamentos ARV, o tenofovir e a entricitabina (TDF/FTC), por pessoas não infectadas pelo HIV que apresentam alto risco sexual à infecção pelo vírus (Brasil, 2017a). Essa estratégia foi tema de discussão e suscitou diferentes estudos no campo da prevenção ao HIV. Após resultados concretos, cientistas concluíram que a PrEP é uma metodologia importante e eficaz para conter a epidemia e reduzir o número de novas infecções, e passaram a recomendá-la em seus estudos, o que ensejou a adoção dessa profilaxia por alguns países, dentre eles o Brasil (Grangeiro *et al.*, 2015; Zucchi *et al.*, 2018).

A PrEP se incorpora ao uso dos demais métodos preventivos, em associação com o estilo de vida das pessoas, considerando sua autonomia enquanto sujeitos responsáveis pelo cuidado com a própria saúde sexual. Ela exige o uso de informações para que os indivíduos possam decidir sobre adoção desse método e selecionar os serviços onde possam acessá-lo, caso venha a ser sua escolha, a partir das orientações e recomendações da equipe de saúde.

Além do Brasil, a PrEP é uma das intervenções adotadas em países como Portugal, Estados Unidos, França, Inglaterra, África do Sul e Canadá. Os dados apontam que cerca de 845 mil pessoas em pelo menos 54 países receberam a PrEP em 2020, o que significou um aumento de 43% desde 2019, e de 182% se comparado a 2018 (Unids Brasil, [2021]).

Em todos esses países, seu uso foi adotado após recomendações e resultados de pesquisas que comprovaram a sua eficácia. Essas evidências científicas foram a base para a elaboração de protocolos que indicavam a adoção, nesses países, do uso da PrEP pelo segmento da população com maior chance de se infectar pelo HIV, como uma das estratégias de prevenção combinada, uma vez que a sua eficácia se traduz em uma redução de mais de 90% na transmissão do vírus (Unids Brasil, [2021]).

É nesse sentido que essa estratégia preventiva é oferecida de forma prioritária para a população-chave que apresenta alto risco sexual para infecção pelo HIV, tal como gays e HSH, mulheres, travestis e transexuais, trabalhadoras e trabalhadores do sexo e parcerias de relação sorodiferente. Esses critérios seguem o protocolo internacional utilizado em outros países após o resultado de estudos e pesquisas científicas (Brasil, 2017b).

Assim como os demais países que adotaram a PrEP enquanto parte de uma estratégia política internacional para o enfrentamento ao HIV, o Brasil segue também o conceito de prevenção combinada, que basicamente integra intervenções diferenciadas para a prevenção da infecção. Entre essas intervenções, incluem-se abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais, de forma a ofertar um leque de intervenções para que a população, considerando seu contexto de vida, possa ter a possibilidade de adotar as formas mais adequadas de prevenção, entre elas a PrEP (Brasil, 2017c; Kippax; Stephenson, 2012).

O conceito de prevenção combinada teve início no ano de 2009, nos Estados Unidos, quando, em resposta ao HIV e à aids, foi elaborado um documento intitulado “*Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*”, que apresentou diferentes tipos de intervenções combinadas com maior impacto para conter a epidemia (Unaid, 2010).

No Brasil, esse conceito foi adotado a partir do uso de duas estratégias distintas. O TTP promovia um modelo baseado nas evidências de que o início precoce da Tarv aumentaria as possibilidades de reduzir a transmissão vertical do HIV. O uso de ARV foi na Prevenção da Transmissão Vertical do HIV em 1997 quando se começou a utilizar ARV para prevenir a transmissão do HIV da mãe positiva para o bebê. Esse foi o ponto de partida para o uso dos ARV como estratégia de prevenção no Brasil. O segundo momento se referia ao tratamento, o que ficou conhecido como “Tratamento para Todas as Pessoas” (TTP). Por outro lado, a meta 90-90-90 foi criada e lançada pelo UNAIDS em 2014. E juntamente com o tratamento também se definiu que o Brasil atuaria sob a perspectiva das metas “90-90-90”.

Os países signatários elaboraram e assinaram um documento com o objetivo de fortalecer as respostas nacionais, assegurando que 90% das pessoas vivendo com HIV conhecessem seu diagnóstico; que, delas, 90% estivessem em tratamento; e, das que estivessem em tratamento, 90% tivessem carga viral indetectável.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia Pós-Exposição (PCDT-PEP), avalia-se o risco de exposição para verificar a elegibilidade para a PEP, que deve ser iniciada dentro das 72 horas seguintes, com uma duração de 28 dias, sendo considerada um cuidado de emergência pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017b).

Assim, o MS começou a adotar a estratégia de tratamento com a Tarv para todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente das condições sorológicas e dos sintomas de aids, modificando o protocolo de tratamento, que anteriormente se baseava na

contagem de células de defesa CD4+ e no monitoramento da carga viral (Brasil, 2017b).

Foi quase unânime a adesão das Unidades Federativas (UF) do Brasil a essa tecnologia, ainda que sua adoção tenha ocorrido de forma gradativa, a partir do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PrEP), publicado pelo MS, contendo orientações para a implantação e a implementação da profilaxia nos serviços de saúde das UF que manifestassem interesse, mas sobretudo que tivessem capacidade de ofertar a PrEP.

Segundo informações do MS (Brasil, 2019), desde a implantação e a implementação da PrEP em 2018 no país, foram realizadas cerca de 6 mil prescrições de PrEP e 2.748 pessoas já haviam iniciado a profilaxia em 36 serviços brasileiros, em 22 cidades. Nesses seis meses, a maioria das pessoas em uso de PrEP foi de gays e HSH (78,9%), com menor participação de mulheres transexuais (1,8%), travestis (0,4%) e homens trans (0,3%).

Destaca-se, ainda, que 77% das pessoas sob PrEP reportaram ter mais de 12 anos de estudo formal, indicando que o tempo de estudo pode ter relação com a situação de quem acessa a PrEP (Brasil, 2019).

Analisando o painel PrEP⁴ disponibilizado no site do Ministério da Saúde, observa-se que, no ano de sua implantação (2018), o número de pessoas que realizaram cadastro no sistema de dispensação de PrEP foi de 8.166; já em 2019, o número de pessoas que acessaram o sistema apresentou um aumento significativo, com 12.479. No ano de 2020, houve um aumento discreto, com 12.933 pessoas em uso. O número segue em ascensão, alcançando 23.045 pessoas em 2021, e em 2022 houve um registro de 36.273. Fica evidenciado, assim, um aumento expressivo de pessoas acessando a PrEP no Brasil. Segundo as informações do painel, as pessoas acessaram a profilaxia no mínimo uma vez durante os últimos 12 meses, o que representa um crescimento de 345% em cinco anos.

Esses percentuais de acesso à PrEP também podem estar associados às informações sobre o perfil das populações que apresentam maior risco de estarem infectadas ou de se infectarem pelo HIV em relação à população geral. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e Aids (Unaid Brasil, [2021]), globalmente, a prevalência média de infecção por HIV entre a população adulta (idades entre 15 e 49 anos) era de 0,7%;

⁴ Trata-se de um instrumento de monitoramento da PrEP que tem por objetivo divulgar as informações sobre a dispensação e o uso da profilaxia no Brasil, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>. Acesso em: 15 jan. 2024.

entretanto, a prevalência média foi maior entre as populações-chave, sendo:

- 10,3 % entre pessoas trans.
- 7,5 % entre homens gays e homens que fazem sexo com outros homens.
- 5 % entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis.
- 2,5 % entre profissionais do sexo.
- 1,4 % entre pessoas privadas de liberdade.

Também cabe registrar, nesta introdução, que as estratégias de prevenção ao HIV e à aids no Brasil sempre estiveram pautadas na garantia de direitos para todas as pessoas, em um diálogo aberto e coletivo. Nesse sentido é que a PrEP foi inserida gradativamente no SUS a partir do final de 2017, mediante projetos-piloto, e já no ano de 2018, o país contava com no mínimo um serviço dispensando a profilaxia em cada UF. No entanto, o processo de implantação da PrEP se deu em um período também marcado por retrocessos com relação às pautas de ações afirmativas direcionadas às populações-chave.

Apesar do empenho de gestores e gestoras comprometidos(as) com a reorganização dos serviços, as pautas afirmativas nunca se concretizaram de forma expressiva no âmbito do país, considerando as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com exceção da obrigatoriedade do registro das informações para as variáveis raça/cor, e de algumas poucas ações fortemente defendidas pela sociedade civil organizada.

Nesta tese encontram-se diferentes leituras e interpretações para subsidiar a análise do perfil das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil. Assim, a partir das informações do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), este estudo tem como objetivo principal analisar o processo de dispensação de medicamentos para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, no período de 2018 a 2021, considerando as quatro décadas de pandemia do HIV e os números de casos notificados, com base nas características das pessoas afetadas.

O estudo ainda se propõe a apresentar o perfil de quem usa a PrEP como forma de prevenção, para, justamente, poder estabelecer comparações a partir das variáveis constantes do banco de dados e da metodologia do trabalho.

É importante destacar que a palavra acesso, utilizada neste trabalho, não se refere a quem busca o serviço para uso da PrEP, mas se insere na perspectiva relacionada a quem faz o uso da

medicação da PrEP, independentemente do número de dispensações da profilaxia.

Por fim, vale dizer que, durante a elaboração da tese, houve mudanças significativas na resposta ao HIV e à aids no Brasil e do mundo; assim, ficou evidenciado que o presente estudo precisava incorporar esse novo contexto, ainda que sinteticamente. Dessa forma, um dos objetivos específicos foi dedicado ao registro e aos comentários sobre as principais mudanças na política de prevenção ao HIV no Brasil em relação à PrEP, ao que daremos destaque no decorrer da escrita da tese.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresentamos, como referencial teórico, a síntese dos resultados encontrados na leitura dos artigos científicos, com a intenção de analisar o tema proposto na pesquisa, que possui um enfoque qualitativo, na perspectiva de contribuir com o entendimento das variáveis de estudo. Assim, o conjunto de materiais consultados para o desenvolvimento desta tese compõe-se de livros, relatórios, revistas, dissertações, teses e artigos, dentre outros, cuja leitura abriu o caminho que sustentou o embasamento teórico para viabilizar o estudo, incluindo conteúdos relacionados à história da aids, uma vez que fazer referência ao presente momento é compreender a etapa inicial que antecedeu os novos modelos de prevenção, entre os quais a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma tecnologia importante.

Apoiando-se nesse referencial é que o presente estudo se propôs a analisar o perfil das pessoas que vêm conseguindo fazer uso da PrEP no Brasil, entendendo que o uso ou não uso da profilaxia ocorre em diferentes dimensões, contextos e possibilidades para cada grupo da população-chave, com marcadores que determinam esse acesso, o que ainda pode ter relação direta com as variáveis de gênero e raça/cor. Nesse aspecto destaca-se que, independentemente de sexo de nascimento, orientação sexual, idade, escolaridade ou local de residência, partimos da constatação de que, no Brasil, a cor da pele se constitui como uma variável determinante no acesso às políticas públicas sociais, entre elas a de saúde, o que pode ter relação com o perfil de quem faz uso dessa tecnologia de prevenção ao HIV no Brasil.

Dessa forma, o referencial teórico utilizado traz uma abordagem relacionada ao histórico da epidemia e a temas como HIV (conceitos e ou definições do vírus), políticas públicas de saúde, determinantes sociais em saúde (DSS), racismo estrutural e institucional, entre outros elementos norteadores do conteúdo pesquisado, para verificar como a variável raça/cor está relacionada a outras variáveis do estudo, como as dimensões de gênero, localidade, idade, classe, orientação sexual e raça, para analisar a dispensação da PrEP no Brasil.

Para além disso, a estrutura da tese, ao descrever o referencial teórico, como dito inicialmente, opta por sistematizar esses temas referentes as consultas e leituras, destacando as discussões feitas por diferentes autores e autoras. Dessa forma, esse embasamento teórico contribuiu para trazer a qualidade científica necessária que o estudo requer, conforme mostram os tópicos que se relacionam com o objetivo maior do estudo, que vem a ser analisar o processo de dispensação de medicamentos para PrEP pelo Ministério da Saúde do Brasil, na perspectiva das desigualdades de raça e de gênero, no período de 2018 a 2021.

Figura 3 – Temas abordados no Referencial Teórico



Fonte: elaboração da autora (2023).

2.1 O HIV, a aids e o perfil epidemiológico da população infectada no Brasil

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um tipo de retrovírus que invade os linfócitos T-CD4+ ao interagir com as glicoproteínas presentes na membrana celular. Entre os retrovírus, o HIV pertence ao subgrupo dos lentivírus, e tem sua origem na região subsaariana da África, sendo transmitido principalmente por via sexual (responsável por aproximadamente 75% das infecções). As formas de transmissão vertical e parenteral apresentam-se em menores proporções (Aguiar *et al.*, 2022; Menezes *et al.*, 2018).

O subgrupo dos lentivírus dos retrovírus é responsável por infecções de evolução mais lenta, caracterizadas por longos períodos de incubação. Todavia, quando a infecção se manifesta, podem surgir sintomas clínicos como astenia, perda de peso, dermatoses, deterioração do sistema imunológico e o sarcoma de Kaposi. Ambos os tipos de HIV, o HIV-1

e o HIV-2, podem levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids); entretanto, o HIV-1 está presente globalmente, enquanto o HIV-2 é mais prevalente na África Ocidental (Aguiar *et al.*, 2022).

A infecção viral ocorre quando as proteínas CD4 e os receptores de quimiocinas, que agem como correceptores das células anfitriãs, unem-se às proteínas gp120 presentes na superfície do HIV. A aids, uma síndrome que requer atenção médica e apoio social significativos, devido aos danos físicos e mentais, assim como aos estigmas associados, é desencadeada por essa infecção (De Castro *et al.*, 2022). Os principais alvos do HIV são os linfócitos T-CD4+, que, uma vez infectados, sofrem morte no organismo humano, o que resulta na perda da imunidade mediada por células e aumenta a probabilidade de que o hospedeiro seja acometido por infecções oportunistas (Aguiar *et al.*, 2022).

Além dos linfócitos T-CD4+, os macrófagos e os monócitos, que possuem proteínas T-CD4+ em suas superfícies, também podem ser afetados pelo vírus. Ao ingressar no organismo, o HIV desencadeia uma disfunção do sistema imunológico, acarretando uma redução dos linfócitos T e tornando a pessoa suscetível a diversas infecções por microrganismos oportunistas, o que caracteriza a aids (Menezes *et al.*, 2018). Segundo destacam Teixeira *et al.* (2022), estar infectado pelo HIV não equivale a ter aids, uma vez que os indivíduos soropositivos podem passar anos sem apresentarem sintomas ou desenvolver a doença.

Carvalho Júnior (2020) argumenta que o surgimento da aids desencadeia questões que vão mais além do âmbito biomédico, envolvendo significados sociais e culturais em diversas áreas. Sendo uma doença emergente em uma sociedade conservadora, além de intimamente relacionada com o sexo, as informações sobre prevenção e tratamento frequentemente foram percebidas de maneira estigmatizante ou conflitiva.

O HIV é transmitido por meio de relações sexuais desprotegidas (vaginais, anais ou orais) com uma pessoa soropositiva, ou mediante o compartilhamento de objetos perfurocortantes infectados, como agulhas e alicates, ou, ainda, da mãe soropositiva ao conceito durante a gestação, o parto ou a amamentação (Teixeira *et al.*, 2022). Segundo Carvalho Júnior (2020), a doença passou a ser associada com certos aspectos da intimidade, especialmente no que diz respeito à orientação sexual. Inicialmente, a infecção foi taxada de "síndrome gay", "pneumonia gay", e inclusive imunodeficiência relacionada com o "homossexualismo", revelando um viés patologizante e reforçando o estigma social que se intensificaria nos anos seguintes.

Em um primeiro momento, o HIV foi descrito como presente apenas em grupos considerados mais suscetíveis à infecção, como pessoas usuárias de drogas, homossexuais e profissionais do sexo. No entanto, com o passar dos anos, esse cenário foi mudando, com um aumento constante nas taxas de infecção entre heterossexuais, destacando-se a participação significativa das mulheres (Menezes *et al.*, 2018). Ao apresentar uma trajetória histórica da identificação da aids no mundo, Aguiar *et al.* (2022) ressaltam que, na década de 1980, um surto de casos de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* acometeu a população de Los Angeles, nos Estados Unidos. A raridade desse tipo de infecções pulmonares levou a equipe de saúde a relacioná-las com a incidência anômala de um também raro tipo de câncer de pele e vasos sanguíneos, conhecido como sarcoma de Kaposi.

De Castro *et al.* (2022) informam que entre 68,4% e 71% dos óbitos estavam associados com a tuberculose. O perfil epidemiológico inicial das pessoas acometidas por essa infecção incluía predominantemente homens jovens que mantinham relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. No Brasil, inicialmente, a epidemia de aids afetou sobretudo as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo, com maior incidência entre homens homossexuais e bissexuais de níveis socioeconômicos elevados, o que gerou suspeitas de uma relação entre a doença e o estilo de vida. Entretanto, a partir de 1990, houve uma transição no perfil epidemiológico da população, com um aumento significativo da ocorrência da doença entre mulheres, heterossexuais e crianças recém-nascidas, estas últimas devido à transmissão vertical (Teixeira *et al.*, 2022).

Em 1982, pela primeira vez, cunhou-se o termo “síndrome da imunodeficiência adquirida”, conhecido pela sigla em inglês aids (Carvalho Júnior, 2020). No mesmo ano, a aids foi confirmada pela primeira vez no Brasil, na cidade de São Paulo, sendo inicialmente associada com a doença dos 5H: Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e Hookers (profissionais do sexo, em inglês) (Teixeira *et al.*, 2022). A partir desse momento, intensificaram-se os estudos sobre a doença. Em 1983, pesquisadores franceses e estadunidenses conseguiram isolar o agente etiológico da aids, um retrovírus, esclarecendo os mecanismos de transmissão da doença, que ocorre por via sexual e sanguínea (Carvalho Júnior, 2020).

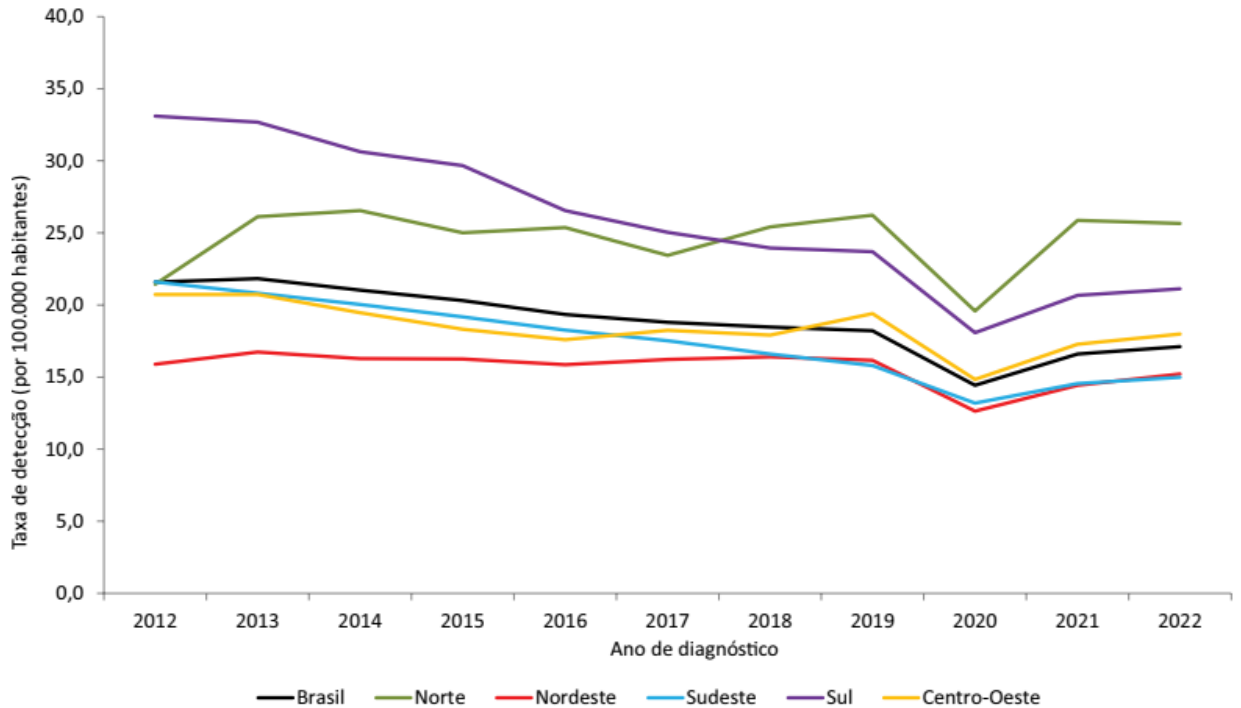
Já se sabia que o vírus comprometia o sistema imunológico do corpo humano e tinha afinidade pelas células T auxiliares, e atualmente, conhecemos essa infecção como HIV/aids (Aguiar *et al.*, 2022). Carvalho Júnior (2020) destaca que, depois do surgimento do primeiro

caso em 1980, a aparição da doença no Brasil ocorreu em um contexto de abertura política, envolvendo a sociedade civil na demais por acesso a informação, recursos para pesquisa, novos medicamentos e discussões sobre temas complexos como direitos sexuais e humanos, morte por aids, uso de drogas e confidencialidade em relação à soropositividade. De acordo com Aguiar *et al.* (2022), os primeiros casos da infecção envolveram pessoas homossexuais e pacientes que receberam transfusões sanguíneas, incluindo usuários de drogas injetáveis.

Entretanto, com o passar dos anos, esses padrões foram se alterando, e atualmente a infecção pode ocorrer em diferentes categorias de exposição. Os pesquisadores concordam em que a transmissão heterossexual é a mais prevalente, contribuindo para um aumento da prevalência no sexo feminino, fenômeno denominado "heterossexualização" e "feminização". O HIV/aids não faz distinção de classes sociais, afetando indivíduos com comportamentos ditos de risco, como sexo desprotegido, mudança constante de parcerias e uso compartilhado de utensílios perfurocortantes (Aguiar *et al.*, 2022).

Tomando como referência o ano de 2015 para apresentar o perfil epidemiológico da doença, verificou-se que, nesse ano, o Brasil registrou 798 mil casos diagnosticados de HIV desde o início da epidemia, com aproximadamente 39 mil novos casos identificados nesse ano (Da Silva, 2018) (Figura 4).

Figura 4 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022

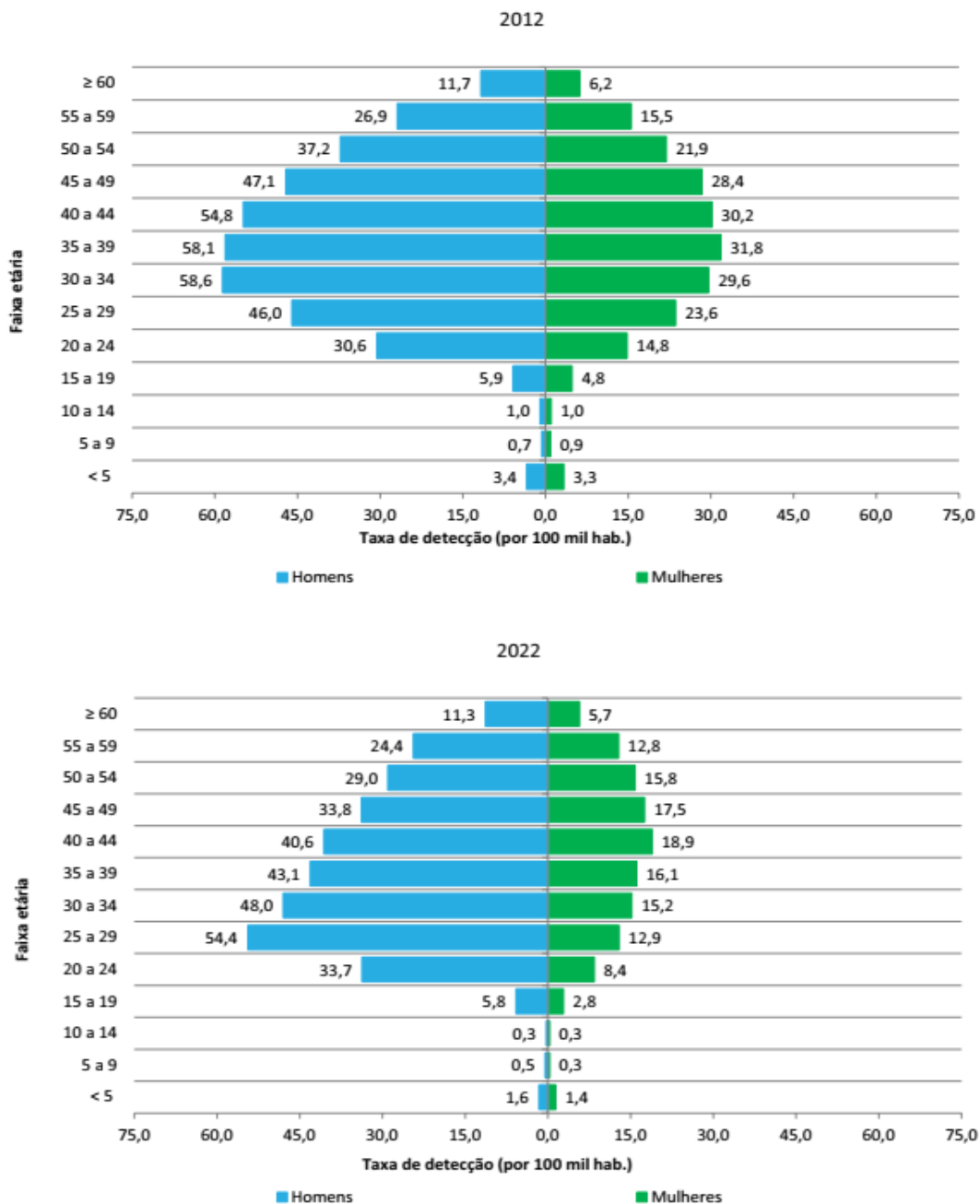


Fonte: Brasil, 2023.

No que se refere às faixas etárias, a prevalência das infecções vem mudando ao longo dos anos. Em 2005, o grupo de 35 a 44 anos era o que mais se destacava, mas, a partir de 2010, houve uma alteração no perfil epidemiológico, com maior prevalência na faixa de 25 a 39 anos (Figura 5).

A infecção em pessoas mais velhas também se justifica pela falta de informação, especialmente entre aquelas com menor nível educacional (Menezes *et al.*, 2018).

Figura 5 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2012 e 2022



Fonte: Brasil, 2023.

No período de 1980 a junho de 2023, a análise da distribuição dos casos de aids no Brasil revela uma maior concentração em indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, com uma prevalência significativa no sexo masculino, representando 50,1% do total de casos. A faixa etária de 60 anos e mais apresentou um aumento de 20,3% no número de casos entre os anos de 2015 e 2022, passando de 2.209 a 2.657 casos. Ao comparar os anos de 2012 e 2022, observa-

se uma tendência de redução nas taxas de detecção de aids entre os indivíduos do sexo masculino, com exceção dos grupos de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos. Por outro lado, entre as mulheres, há uma redução nas taxas de detecção em todas as faixas etárias durante o mesmo período. Em 2022, as taxas de detecção em homens foram superiores às das mulheres em todas as faixas etárias, com exceção do grupo de 10 a 14 anos (Brasil, 2023).

Esses dados indicam que, apesar das variações ao longo do tempo, a aids continua afetando predominantemente a população adulta jovem, com presença destacada entre os 25 e 39 anos e com uma prevalência significativa no sexo masculino. O aumento de casos no grupo de 60 anos e mais ressalta a importância de estratégias de prevenção e educação em todas as etapas da vida. Todavia, acredita-se que esses números podem estar subestimados, dado que, durante muitos anos, a maioria dos casos notificados no Brasil eram de pessoas que já apresentavam aids, sem incluir as pessoas com HIV assintomáticas (Da Silva, 2018).

Em 2019, 208.000 pessoas infectadas pelo HIV que manifestaram tuberculose faleceram. Estima-se que 84% das pessoas vivendo com o vírus conhecem seu diagnóstico, e que 87% delas têm acesso ao tratamento com antirretrovirais (De Castro *et al.*, 2022). Ainda não existe cura para a aids, mas com o aumento do acesso à prevenção, ao diagnóstico e a tratamentos que reduzem a carga viral a níveis indetectáveis, a infecção pelo HIV transformou-se em uma condição crônica manejável, sendo possível melhorar a qualidade de vida das pessoas com o vírus e interromper a cadeia de transmissão (Teixeira *et al.*, 2022).

Teixeira *et al.* (2022) defendem que compreender o perfil epidemiológico atual da aids no Brasil é crucial, e o Ministério da Saúde destaca a importância desse conhecimento para orientar políticas públicas e estratégias de prevenção, considerando que a promoção do uso do preservativo externo (masculino) se destaca como o método mais eficaz para prevenir a infecção pelo HIV e reduzir as hospitalizações e complicações associadas com a infecção.

Menezes *et al.* (2018) afirmam que áreas urbanas associadas a piores condições socioeconômicas estão mais propensas a casos de HIV. Indivíduos com baixa renda e pouca escolaridade, residentes em centros urbanos, apresentam maior risco de infecção, com uma probabilidade superior a 14% em comparação com outros grupos. Tavares *et al.* (2022) observam que o menor número de casos é registrado entre os analfabetos, enquanto a incidência de aids é maior entre a população com ensino médio completo (26,4%) e entre aqueles que completaram da 5ª à 8ª série (19%). Os indivíduos com ensino superior completo representam 11% das pessoas vivendo com HIV.

Nesse contexto, torna-se evidente a importância de evitar a infecção por outros agentes patológicos em pessoas com HIV, dado que a virulência desses agentes é exponencialmente maior nessa população. Portanto, é imprescindível a adoção de medidas profiláticas diante de outras infecções, especialmente aquelas de perfil endêmico e prevalência sazonal e geográfica (De Castro *et al.*, 2022).

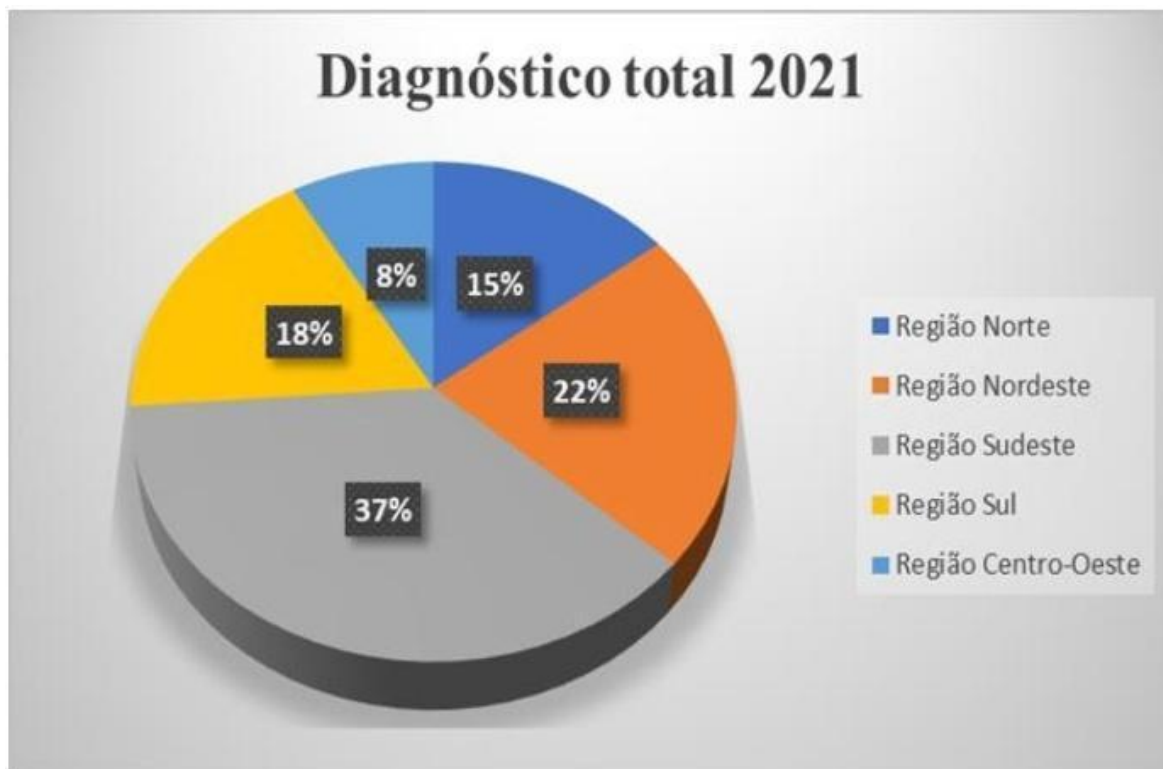
Por outro lado, muitos casos de infecção pelo HIV somente foram diagnosticados quando do surgimento de outras infecções que levaram o indivíduo a buscar atenção médica. Não obstante, a fragilidade do organismo em decorrência de um longo período sem tratamento faz com que muitas vezes a reversão do quadro infeccioso seja inviável, o que resulta, em muitos casos, no óbito. Assim, a infecção pelo HIV representa um desafio significativo para os líderes envolvidos na gestão da saúde pública.

Menezes *et al.* (2018) destacam que a urbanização da maioria dos casos de HIV e aids está relacionada com a alta concentração populacional nos grandes centros urbanos, o que estatisticamente favorece as altas taxas de infecção.

As transformações no perfil da aids no Brasil, com dinâmicas regionais e populacionais distintas, ocorrem devido à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos até os municípios de médio e pequeno porte no interior do país, o aumento da transmissão heterossexual e ao persistente crescimento dos casos entre as pessoas que usam drogas injetáveis. Atualmente, a epidemia não está restrita apenas aos grandes centros urbanos (Tavares *et al.*, 2022).

Cabe destacar que a análise para o ano de 2020 foi realizada somente até junho, com dados disponíveis até essa data. Observa-se uma tendência de diminuição no número de casos de aids no Brasil nos últimos anos, sendo a Região Sudeste a que apresenta o maior número, equivalente a 37,5%, o dobro da Região Nordeste (23,3%) (Tavares *et al.*, 2022). A Região Centro-Oeste ocupa o terceiro lugar, com 7,5% dos casos. Aguiar *et al.* (2022) apresentam dados sobre os casos confirmados de HIV e aids no Brasil para 2021, destacando a frequência por região de residência (Figura 6).

Figura 6 – Casos confirmados de HIV e aids no Brasil, segundo a frequência por região de residência, no período sincronizado de 2021

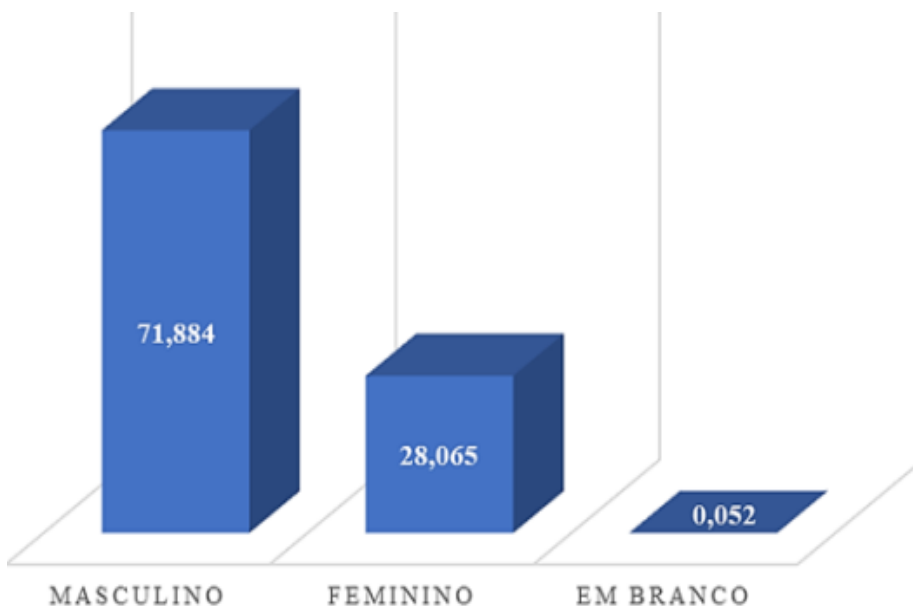


Fonte: Aguiar *et al.* (2022).

Segundo Aguiar *et al.* (2022), o ano de 2021 registrou 13.501 novos casos de HIV e aids no Brasil, com uma prevalência mais alta entre indivíduos do sexo masculino, representando 71,8% dos casos em comparação com 28,6% no sexo feminino. No estado de São Paulo, entre 1980 e 2001, foram notificados 185.771 casos de HIV e aids. Apesar da ampla distribuição da terapia antirretroviral, o Rio Grande do Sul destaca-se como o terceiro estado com o maior número de casos de HIV e aids no país, alcançando 7,9% do total.

Menezes *et al.* (2018) explicam que a maior prevalência de infecções pelo HIV e aids entre os homens está relacionada com a preferência sexual de muitos deles por parcerias do mesmo sexo, ou inclusive pela prática bissexual. Essa preferência fundamenta a aquisição do vírus devido à possibilidade de transmissão por meio do sêmen ou por microlesões no reto ou no pênis durante a prática de sexo anal, comum entre homossexuais e bissexuais (Figura 7).

Figura 7 – Casos confirmados de HIV e aids no Brasil, segundo sexo, no período sincronizado de 2021



Fonte: Aguiar *et al.* (2022).

O aumento na prevalência associado à preferência sexual mencionada anteriormente encontra respaldo nos dados do Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, divulgado pelo Ministério da Saúde. Segundo Menezes *et al.* (2018), os homens soropositivos para o vírus, em 2015, apresentaram 50,4% de exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual. Entre as mulheres soropositivas, a exposição heterossexual foi predominante, representando 96,4%. Um dos fatores que influi positivamente na taxa de sobrevivência das pessoas vivendo com HIV é o diagnóstico precoce. No tanto, apenas cerca de 15% delas realizaram o teste de HIV de forma espontânea, apesar dos mais de 40 anos do início da epidemia (De Castro *et al.*, 2022).

Finalmente, no Brasil, o perfil epidemiológico inicial das pessoas afetadas pelo HIV incluía, predominantemente, homens jovens que mantinham relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Assim, historicamente, os locais mais impactados pela epidemia de aids foram as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo, com maior incidência em homens homossexuais e bissexuais de níveis socioeconômicos elevados. A partir de 1990, houve uma transição no perfil epidemiológico da população, com um aumento significativo da ocorrência da doença entre mulheres, heterossexuais e crianças recém-nascidas, estas últimas devido à transmissão vertical (Teixeira *et al.*, 2022).

Nos anos 1990, surgiram novas perspectivas sobre o HIV e a aids, com a descoberta dos antirretrovirais, medicamentos que reduzem a replicação viral e controlam a quantidade de vírus

circulante no organismo. O primeiro antirretroviral, a zidovudina ou AZT, começou a ser distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Em 1996, ocorreu o primeiro consenso sobre aids no Brasil, que recomendou o uso combinado de vários medicamentos para controlar o vírus. Esse consenso contribuiu para a formação de um sistema clínico brasileiro, incluindo a criação de uma rede nacional para caracterizar as cepas circulantes do HIV e, posteriormente, dando origem à rede nacional de genotipagem – exame que analisa as mutações virais – e à rede de laboratórios para contagem de linfócitos T-CD4+ e determinação da carga viral (Carvalho Júnior, 2020).

No entanto, atualmente é necessário dedicar maior atenção às regiões Norte e Nordeste, onde há um recrudescimento da mortalidade, incidência e prevalência da doença, sendo a escassez de oferta de serviços especializados e o acesso tardio ao tratamento fatores que contribuem para a baixa adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV e/ou aids (PVHA) nessas regiões (Cunha; Cruz; Pedroso, 2022).

Sabe-se que, em todo mundo, a epidemia de aids se transformou e marcou a configuração de como algumas pessoas experimentam suas relações, especialmente os homens que se declaram gays. De imediato, concebeu-se a ideia de maior ou menor risco. E até os dias de hoje, esse sentimento ou ideia de risco para o HIV persiste (Castiel, Guilam, Ferreira, 2010). Também se percebe que, ao longo dos anos, a política de prevenção de HIV e aids no Brasil utilizou o uso de preservativo quase como a única, ou a melhor, forma de prevenção (Brisighelli Neto, 2009), o que era ideal para que as pessoas pudessem ter relações sexuais.

Até 2020, no Brasil, 1,5 milhão de pessoas foram diagnosticadas com HIV, resultando em 680.000 de morte associadas aos vírus (De Castro *et al.*, 2022). Aproximadamente oito anos depois do primeiro caso, já se haviam registrado mais de 6 mil casos no país (Teixeira *et al.*, 2022).

2.2 Histórico das políticas públicas de saúde do Brasil para a resposta ao HIV e à aids

As políticas de saúde pública para o enfrentamento à epidemia de HIV e aids envolvem necessariamente ações de prevenção e de tratamento voltadas às PVHA. Esse enfrentamento exige integração entre as várias políticas públicas e sociais, além da inclusão de outros campos

do conhecimento, como sociologia, antropologia, educação, ensino, pesquisa, comunicação e direitos humanos, entre outras áreas que dialoguem com a política de ações afirmativas.

De acordo com Poletti (2003), é importante que essas ações sejam focadas nos grupos ou segmentos da população mais impactados pela discriminação racial, étnica, religiosa ou de gênero, como uma estratégia de promoção do acesso a bens e serviços, ou, ainda, que visem à inclusão socioeconômica das populações social e historicamente discriminadas, que, como consequência, viram-se privadas das mesmas oportunidades de acesso e fortalecimento social.

Nas últimas décadas, ocorreram diversas conquistas em todo o mundo na resposta à epidemia de HIV e aids, especialmente no que diz respeito ao acesso e ao tratamento das pessoas que vivem com HIV. É crucial compartilhar essas realizações e, sempre que possível, adaptá-las à realidade local. No caso do Brasil, a resposta efetiva à aids foi viabilizada pela implementação de programas governamentais, pela alocação de recursos públicos e pelo investimento em pessoal e serviços de saúde. Essas ações resultaram em uma política de assistência e tratamento ousada, combinada com iniciativas inovadoras de prevenção (Golegã, 2017).

O final da década de 1970 e o início dos anos 1980 foram marcados pela abertura política e pela redemocratização do país, incluindo a anistia política dos exilados em 1979, as eleições democráticas nos estados em 1982 e a eleição indireta do primeiro governo federal democrático em 1985. Esse período de 1981 a 1989 foi crucial para a formação da abordagem brasileira à aids, com a gestação da resposta governamental federal e o desenvolvimento inicial da política (Barros, 2018).

Golegã (2017) destaca a atuação de pesquisadores e universidades e a forte mobilização das pessoas afetadas pela doença, que se uniram para fundar organizações e redes em defesa do direito à saúde. Tais condições propiciaram a retomada da luta pelos direitos políticos e a formação de um movimento social mais ativo, impulsionado pelo surgimento dessas organizações, incluindo os retornados do exílio após a anistia e aqueles ligados a organizações como a Ação Católica (AC), a Ação Popular (AP) e o Movimento de Educação de Base (MEB) (Barros, 2018).

Em 1983, surgiram de forma discreta os primeiros casos de aids em mulheres, resultando no aumento da transmissão vertical, responsável por mais de 80% dos casos em menores de 13 anos, crianças e profissionais de saúde (Sousa *et al.*, 2012). Em 1985, o Brasil já apresentava diversos casos registrados de aids, descrita na época como um estado de imunodeficiência

celular decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, caracterizado pela redução significativa no número de linfócitos T-CD4+ circulantes. Ou seja, era a fase final da doença provocada pelo HIV, um vírus que causava grave comprometimento no sistema imunológico (Silva, 2018).

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, surgiram diversas organizações não governamentais (ONG) com o objetivo de divulgar informações sobre prevenção, prestar auxílio às pessoas infectadas e contribuir com as propostas de ações governamentais, tanto em relação à assistência aos(as) pacientes quanto à construção de estratégias de prevenção e educação em saúde. A primeira organização instituída foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa), em 1985, composto por profissionais de saúde e militantes do movimento homossexual. Posteriormente, outras organizações foram formadas, abordando diversos recortes sociais e propostas, como Atobá, Arca, Programa Prostituição e Direitos Civis e o grupo Pela Vidda (Sousa *et al.*, 2012).

No ano de 1985, a partir da forte mobilização da sociedade civil, o Ministério da Saúde reconheceu a magnitude do problema e iniciou esforços para implementar um conjunto de medidas técnicas visando conter o crescimento da epidemia de aids (Silva, 2018).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, tornando obrigatória a notificação compulsória de casos de aids às autoridades de saúde (Silva, 2018). Araújo *et al.* (2021) argumentam que, em meio ao processo de redemocratização e Reforma Sanitária, as lutas e reivindicações da sociedade foram fundamentais para a criação de políticas públicas e para a construção do SUS. A participação social, um dos princípios do SUS, compreende a sociedade como agente ativo na construção desse sistema. No entanto, apesar da importância da participação e do controle social na criação do SUS e nas estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV e a aids, as reivindicações feitas não atenderam totalmente às expectativas, deixando de contemplar os interesses da classe trabalhadora.

O processo de redemocratização no Brasil, juntamente com o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabeleceu um novo paradigma para o acesso à saúde. Este deixou de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser reconhecido como um direito de todo cidadão e um dever do Estado em provê-lo. Tal foi o contexto em que a aids surgiu no panorama nacional, caracterizada por afetar grupos específicos da sociedade e trazer consigo doses significativas de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas afetadas (Monteiro; Villela, 2009).

A narrativa predominante da resposta ao HIV no Brasil foi construída a partir da década de 1980 por uma diversidade de vozes da sociedade civil, profissionais da saúde, agentes públicos e artistas em torno da solidariedade. Essa narrativa é inclusiva, baseada no reconhecimento da diversidade, na laicidade do Estado, no fortalecimento da democracia ancorada no SUS, com garantia de direitos à prevenção e assistência às PVHA. Essa abordagem começou a se materializar antes mesmo da implantação do SUS, sendo também influenciada pelo processo vivenciado no país naquela época e pelo movimento da Reforma Sanitária (Agostini *et al.*, 2019).

Araújo *et al.* (2021) destacam que a resposta ao HIV e à aids não é uniforme em todas as sociedades, sendo moldada pelas relações já existentes. Isso significa que a sociedade constrói a percepção da doença e suas soluções, sendo singular em cada cultura. No caso da sociedade brasileira, estruturada sob uma hegemonia heterossexual patriarcal e machista, os recortes de gênero, raça, sexualidade e classe são essenciais para compreender a resposta estatal à epidemia dos anos 1980.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é garantida pelo Estado, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado, por meio de políticas de saúde gratuitas de caráter social e econômico, com o objetivo de reduzir o risco de doenças e outros agravos, além de serviços de promoção, proteção e recuperação. Isso resultou na criação do SUS e na estruturação dos serviços de saúde existentes. Assim, o acesso à saúde é disponibilizado tanto para a população geral quanto para grupos que necessitam de atenção específica (Campos *et al.*, 2021).

O papel do SUS na garantia dos direitos das PVHA foi fundamental, sendo a base para o acesso ao tratamento gratuito conquistado pela luta dos movimentos sociais, aliado às evidências científicas. Essa garantia está alinhada com a concepção de que a saúde é um direito humano inalienável, conforme estabelecido na noção abrangente de seguridade social na Constituição de 1988 (Agostini *et al.*, 2019).

As políticas de prevenção decorreram do diálogo e do trabalho conjunto, frutos da parceria entre os governos e ONG, destacando-se a metodologia de educação entre pares. Foram desenvolvidas campanhas oficiais educativas e diversos materiais direcionados a populações específicas, elaborados em colaboração com os movimentos sociais. A introdução dos conceitos de “sexo mais seguro” e “redução de danos” foi fundamental para aproximar os sujeitos vulneráveis do cuidado com sua saúde (Agostini *et al.*, 2019).

Entre as estratégias de prevenção, destacam-se as biomédicas, que incluem o uso de métodos clássicos como preservativos externos (“masculinos”), preservativos internos (“femininos”) e lubrificantes, além de intervenções centradas no uso de antirretrovirais (ARV). Essa última categoria pode ser subdividida, no contexto brasileiro, em Tratamento como Prevenção (TasP), Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

O TasP envolve o uso correto de ARV, permitindo que as PVHA alcancem a “carga viral indetectável”. Isso está associado a uma melhoria na qualidade de vida e à redução da possibilidade de transmitir o vírus (Campos *et al.*, 2021).

A PEP utiliza ARV com o objetivo de evitar a replicação viral no organismo de indivíduos que foram expostos a situações de risco, como violência sexual, relações desprotegidas ou acidentes ocupacionais, devendo ser iniciada até 72 horas após o evento e mantida por 28 dias consecutivos. Já a PrEP destina-se a situações em que as pessoas poderão se expor a riscos de infecção pelo HIV, incluindo práticas sexuais, contextos de vulnerabilidade, populações com alta prevalência do HIV e parcerias sexuais (Campos *et al.*, 2021).

2.3 Disparidades socioeconômicas, racismos e acesso à saúde no Brasil

Na década de 1970, a Reforma Sanitária no Brasil buscou assegurar o direito à saúde como algo individual, entendido por meio da equidade e do acesso universal a um sistema de saúde público inclusivo e solidário. A proposta envolveu a alteração do modelo de assistência, destacando a Atenção Básica como meio para alcançar a universalidade das ações em todo o território nacional. A Constituição Federal de 1988 incorporou o direito à saúde como um direito de todos, cuja garantia se tornou uma responsabilidade do Estado. Isso seria alcançado por meio de políticas econômicas e sociais voltadas para a redução dos riscos de doenças, além do acesso universal e equitativo a serviços e ações para promoção, proteção e recuperação da saúde (Oliveira *et al.*, 2017).

A Constituição afirma que são direitos sociais a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. Conforme o seu art. 196, a saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Kuchenbecker, 2023).

É responsabilidade do Estado garantir a proteção da saúde em sua totalidade. Para tanto, o Estado deve desempenhar um papel ativo na sociedade, garantindo a efetivação prática desse direito. Também conforme o mencionado art. 196 da Constituição Federal, as políticas sociais e econômicas, ou seja, as políticas públicas, são fundamentais para a materialização das diretrizes de saúde, consideradas como prioridade de execução pelo Poder Executivo, conforme definido pelo Poder Legislativo (Kuchenbecker, 2023).

Nesse sentido, para assegurar integralmente a saúde, é que foi estruturado o SUS, um modelo construído de forma colaborativa no Brasil a partir da Reforma Sanitária, sendo oficializado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. O SUS é um sistema descentralizado, que destaca ações preventivas e valoriza a participação social, enquadrando-se como um dos elementos do tripé do Estado de Bem-Estar Social – conceito inglês que engloba políticas públicas intervencionistas e assistenciais com o objetivo de mitigar a desigualdade social (Mautone, 2022).

2.4 Igualdade, desigualdades, iniquidades e o acesso à saúde no Brasil

O início da década de 1990, após a institucionalização do SUS, foi marcado por avanços significativos nas políticas de saúde. Isso implicou uma ampliação no uso desses serviços, principalmente por pessoas em situação socioeconômica vulnerável, e também mudanças no padrão de acesso. Proporcionalmente, observou-se uma redução na busca por cuidados devido a doenças e um aumento na procura por atenção preventiva, o que se alinha aos princípios do SUS (Mautone, 2022).

Também houve um impacto positivo nos indicadores de saúde relacionados à desigualdade. Evidências indicam que programas sociais como o Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuíram para que o país atingisse, já em 2013, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dois anos antes do prazo previsto, a saber, a redução de dois terços das taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos (Mautone, 2022).

No âmbito do SUS, o acesso universal é alcançado por meio da eliminação progressiva das barreiras que impedem as pessoas de utilizar os serviços de saúde integrais, estabelecidos em nível nacional de maneira equitativa. Antes da implementação do SUS, não havia

hierarquização nem outros princípios que organizassem o acesso da população aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2017).

Nesse contexto, Bortoli (2023) destaca a importância de esclarecer o significado das desigualdades sociais em saúde para compreender o processo saúde-doença nas populações, evitando a redução dessa compreensão apenas aos aspectos biológicos. Além disso, a autora ressalta a necessidade de uma maior precisão conceitual, considerando que as abordagens teóricas e práticas podem variar de acordo com diferentes perspectivas.

Na visão de Bortoli (2023), igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis, que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Portanto, ao usar esses termos, estamos comparando situações sem atribuir necessariamente um juízo de valor ao que é considerado igual ou desigual. Por outro lado, uma iniquidade em saúde, ou disparidade em saúde, é uma forma específica de desigualdade que denota uma diferença injusta em saúde.

Oliveira *et al.* (2017) observam que, apesar da normatização e do fluxo determinado no interior do sistema de saúde, o acesso real é impactado por uma demanda de assistência maior do que a oferta, resultando em uma demanda reprimida que busca atendimento independentemente da possibilidade de resolução. Esse processo evidencia a iniquidade social presente na sociedade brasileira, onde as áreas empobrecidas enfrentam a diminuição, e por vezes a ausência, de instituições de saúde em meio a uma alta densidade demográfica, associada a dificuldades de transporte.

A iniquidade se torna evidente em situações de necessidades especiais e falta de planejamento na assistência à saúde, resultando em uma superoferta de alguns serviços e carência de outros (Oliveira *et al.*, 2017). Assim, a distinção crucial entre os termos desigualdade e iniquidade reside no fato de que o primeiro é uma descrição dimensional empregada quando as quantidades são desiguais, enquanto o segundo requer um juízo moral de que a desigualdade é prejudicial (Bortoli, 2023).

O princípio da universalidade é o primeiro dos princípios abordados no art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), assegurando o atendimento à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. Contudo, atender 190 milhões de usuários(as) considerando a universalidade é uma tarefa desafiadora devido ao vasto território brasileiro, às desigualdades socioeconômicas e à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente fora dos grandes centros urbanos (Kuchenbecker, 2023).

Kuchenbecker (2023) argumenta que, enquanto os direitos de primeira geração (liberdades individuais) demandam uma atuação negativa do Estado, a efetivação dos direitos sociais, incluindo o direito à saúde, exige uma atuação positiva por parte do Estado. No entanto, garantir a plena efetivação do direito à saúde no Brasil é uma tarefa extremamente desafiadora, muitas vezes evidenciando as desigualdades diante de uma alta demanda e recursos escassos.

No que se refere aos serviços de saúde sexual, Oliveira *et al.* (2023) destacam que, embora incluam assistência à adequação sexual, distribuição e orientação sobre métodos contraceptivos, testagem e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), os serviços de saúde reprodutiva abrangem o pré-natal, exames preventivos e planejamento familiar. No entanto, mesmo sendo um compromisso assumido pelo Estado, o acesso equitativo a esses serviços ainda não é garantido, especialmente para mulheres profissionais do sexo, mulheres trans, mulheres vivendo com HIV e mulheres que recorrem ao aborto.

As desigualdades de saúde entre países são analisadas à luz das relações de poder no presente e no passado, envolvendo elites globais e nacionais, histórias de colonialismo, imperialismo e políticas comerciais neoliberais. No âmbito dos países, a atenção teórica recai sobre os determinantes políticos e econômicos, concentrando-se nas desigualdades sociais relacionadas a classe, racismo, gênero e sexualidade (Bortoli, 2023). Mautone (2022) reconhece que o Brasil enfrenta diversos obstáculos para a manutenção do SUS, como a estruturação em um país onde cerca de 30% da população vive com até meio salário mínimo mensal per capita, as dimensões continentais do território e o subfinanciamento crônico.

Esses desafios são agravados pelos interesses privados que competem com o ideal de cuidado em saúde, muitas vezes desvinculado da lógica mercantilista que visa ao lucro (Mautone, 2022). Bortoli (2023) ressalta que nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas todas as diferenças ou desigualdades redutíveis, vinculadas às condições heterogêneas de vida, constituem iniquidades.

Assim, as desigualdades sociais em saúde são aquelas diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e relacionadas à distribuição do poder e da propriedade (Bortoli, 2023). Torna-se evidente que os desafios podem se manifestar de diversas formas, como a reprodução de estigmas e preconceitos pelos(as) profissionais de saúde, a mecanização do atendimento, a escassez de materiais e uma infraestrutura inadequada, fatores que acabam sendo amplificados nos cuidados prestados a mulheres em situação de vulnerabilidade (Oliveira *et al.*, 2023).

Oliveira *et al.* (2023) afirmam que a equidade no acesso aos serviços e às iniciativas de promoção de saúde sexual e reprodutiva das mulheres não é estabelecida de forma homogênea. Cada território e seus residentes enfrentam desafios únicos, agravados pelas dinâmicas regionais, pela materialização das desigualdades sociais, por infraestruturas insuficientes e por práticas altamente mecanicistas na gestão. Os autores também argumentam que, com a implantação do SUS, as portas dos serviços de saúde, anteriormente limitadas em seu acesso à população, abriram-se para atender às necessidades de uma demanda universalizada, especialmente para os indivíduos excluídos no sistema anterior.

Essa mudança trouxe consigo um dos principais desafios atuais no acesso à saúde: a dificuldade em atender à enorme demanda que busca o SUS, resultando em atrasos no acesso aos serviços e interferindo na qualidade do atendimento (Oliveira *et al.*, 2023).

Conforme Bortoli (2023), vários modelos foram desenvolvidos na tentativa de elucidar as relações entre os diversos níveis de determinantes sociais e a condição de saúde, entre os quais o de Dahlgreen e Whitehead (1991).

Figura 8 – Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgreen e Whitehead



Fonte: Bortoli (2023).

Esse modelo é frequentemente referenciado devido à sua simplicidade, facilidade de compreensão e representação gráfica clara dos diversos determinantes sociais em saúde. Ele permite explicar os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais geram desigualdades em saúde, abrangendo desde o nível individual até as condições econômicas, culturais e ambientais predominantes na sociedade como um todo (Bortoli, 2023).

A primeira camada desse modelo considera características individuais, como idade, gênero e fatores genéticos. A camada subsequente aborda comportamentos e estilo de vida, destacando a influência de fatores como tabagismo e sedentarismo, os quais podem ultrapassar responsabilidades individuais e tornar-se determinantes sociais. O nível seguinte ressalta a importância das interações sociais e das redes de apoio comunitárias para a saúde da sociedade. As condições de vida e trabalho, bem como o acesso a alimentos e serviços essenciais, são discutidos no próximo nível, evidenciando a disparidade de riscos para pessoas em desvantagem social. Por fim, os macros determinantes relacionados a condições econômicas, culturais e ambientais situam-se no último nível, exercendo grande influência sobre as demais camadas (Bortoli, 2023).

2.5 Racismos e as disparidades raciais em saúde no Brasil

Em relação às desigualdades e iniquidades raciais, Williams e Priest (2015), ao discorrerem sobre as disparidades étnico-raciais em saúde, apontam que os países de baixa e média renda têm recebido menos atenção na literatura empírica quando comparados aos contextos de países de alta renda. Contudo, quando existem dados para as variáveis raça/cor, as disparidades étnico-raciais ficam evidentes.

Assim, ao proceder à análise das variáveis raça/cor no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) no Brasil, poderão ser identificados indícios de que as informações revelam situações de iniquidade em saúde. Não mais se admite visibilizar os dados dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde e não vislumbrar a necessidade de ações que possam responder ao desequilíbrio vivenciado pela população negra – considerando, ainda, que esses dados podem encobrir uma prática de gestão que inibe e desencoraja ações de acompanhamento e monitoramento que respondam às análises.

A ausência de uma resposta baseada em metas e indicadores pode ser compreendida como um elemento dos possíveis resultados do racismo institucional na saúde, na medida em que, havendo instrumentos, estes não são utilizados nas respostas dos(as) gestores(as), a partir de informações epidemiológicas, o que pode se caracterizar como discriminação racial.⁵

Com relação ao perfil populacional, nota-se que a população negra no Brasil⁶, apesar de algumas conquistas, ainda vive à margem da sociedade, uma vez que o racismo se sustenta em uma estrutura que data da história escravagista do país e perpetua uma situação de iniquidades, com impactos diretos na saúde, doenças e óbitos, uma vez que o tom da pele impõe julgamentos que implicam uma situação de desvantagem quando se trata de pessoas pretas ou pardas, ou seja: a população negra.

Campos *et al.* (2015) afirmam que as informações sobre raça/cor em relação ao HIV e à aids começaram a ser registradas a partir de 2001. Durante o período de 2001 a 2004, mais de 60% dos casos de aids em homens foram notificados em pessoas brancas, com pouca variação ao longo do período analisado; no entanto, entre as mulheres, houve uma redução na proporção de casos na raça/cor branca, compensada por um aumento na proporção de casos na raça/cor negra, atingindo 25%.

A acessibilidade da população negra à saúde tornou-se uma questão social de importância global, sendo amplamente discutida em debates, conferências e instâncias internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaid). Movimentos negros têm desempenhado um papel significativo na redução das desigualdades raciais, e essa necessidade de abordar a saúde da população negra de forma específica foi reforçada durante a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul, em 2001 (Campos *et al.*, 2015).

Seguindo as deliberações dessa conferência, o Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo passou a incluir propostas dos governos dos países sul-americanos. Foi sugerido que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) promovesse ações reconhecendo raça, grupo étnico e gênero como variáveis significativas para a saúde,

⁵ Fala da autora durante Oficina sobre Determinantes Sociais realizada na Ilha de Marajó, Brasil, novembro 2023.

⁶ A população negra, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refere-se à soma das pessoas que se autodeclararam como pretas ou pardas.

além de desenvolver projetos específicos para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de pessoas afrodescendentes no Brasil (Campos *et al.*, 2015).

No contexto brasileiro, o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, ocorrido em Brasília entre os dias 18 e 20 de agosto de 2004, foi um marco que trouxe, além de reflexões, possibilidades de respostas às políticas públicas intersetoriais. Esse evento, convocado pelo governo federal, foi o primeiro a abordar a perspectiva racial nas políticas de saúde. Um dos impactos desse seminário foi a inclusão dessa perspectiva na criação de espaços para a proposição e o monitoramento de ações, como o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, sediado na antiga Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Brasil, 2004; López, 2012).

De acordo com López (2012), essa instância passou a ser um canal de relacionamento entre o movimento negro e pesquisadores na área, contribuindo para a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, oficializada em 2009. Portanto, acredita-se que essas ações governamentais específicas, abrangendo doenças como anemia falciforme, redução da mortalidade materna, HIV e aids, além de incluir o quesito cor nos cadastros médicos, antecederam a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, podendo ser encaradas como resultados de mediações estabelecidas por militantes e profissionais da saúde envolvidos(as) na temática racial, formando uma rede de atores sociais engajados nas ações de saúde voltadas para a população negra.

Campos *et al.* (2015) argumentam que é possível observar diferenças de acesso que indicam situações discriminatórias no serviço público de saúde, evidenciando a presença de racismo. O racismo brasileiro, frequentemente chamado de “racismo cordial”, permite que os brasileiros (governo e sociedade) justifiquem a naturalidade das desigualdades raciais. Isso faz com que o racismo seja apresentado socialmente como um problema exclusivamente do negro, como se fosse um legado inerente a um passado inequívoco e sem continuidade nos dias atuais.

López (2012) argumenta que o racismo institucional não se manifesta em atos explícitos de discriminação, mas atua de maneira difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações. O racismo institucional se manifesta na distribuição diferenciada de serviços, benefícios e oportunidades com base em critérios raciais, extrapolando as relações interpessoais para se estabelecer no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando desigualdades amplas.

O conceito de racismo institucional para promover políticas de igualdade racial começou no final da década de 1960, vinculado a contextos pós-coloniais de empoderamento e redefinição de sujeitos políticos negros em âmbito transnacional, especialmente nos Estados Unidos, durante a luta pelos direitos civis e a implementação de políticas de ações afirmativas (López, 2012). Campos *et al.* (2015) relatam que, em uma entrevista à imprensa realizada em 2006, o então Ministro da Saúde admitiu a existência de racismo no atendimento à população negra no SUS.

No atual governo do **presidente do Brasil**, Luís Inácio Lula da Silva, a ministra da Saúde, Nísia Trindade, declarou publicamente, em diferentes ocasiões, que uma das estratégias da pasta é enfrentar o racismo institucional. Como exemplo, trazemos o registro de sua participação⁷ no “Encontro Regional: Abordando as desigualdades étnico-raciais em saúde”, em Brasília, ocorrido de 3 a 5 de julho de 2024. Nessa ocasião, a ministra reconheceu a “diversidade étnica e cultural das Américas, sem deixar de lembrar os indicadores que apontam as desigualdades na saúde no continente. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citado por ela, “a expectativa de vida no Brasil é, em média, quatro anos menor para pessoas negras e indígenas em comparação com pessoas brancas”. E a ministra encerrou sua fala dizendo: “Não é possível pensar em saúde quando vemos a realidade do racismo. A luta não se resume apenas na atenção aos usuários e aos trabalhadores da saúde, mas no combate aos determinantes sociais que essa discriminação se faz sentir, como as condições de moradia, de renda básica, de acesso à educação e condições dignas de trabalho”.

No campo da saúde pública do Brasil, o racismo pode se refletir em diagnósticos incompletos, exames não realizados, recusa em tocar o(a) paciente e até desprezo em situações de emergências, ou mesmo em situações de morte maternas, em que mulheres negras são a maioria, ou nos casos de morte por aids. Essas condições discriminatórias têm efeitos perversos, que precisam ser combatidos.

⁷ Com três dias de programação, o evento, realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), reuniu lideranças populares, especialistas e autoridades de 27 nações para diálogos sobre o combate à exclusão de negros, indígenas e outros povos tradicionais nas Américas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/em-evento-sobre-racismo-ministra-da-saude-reforca-so-alcancaremos-a-saude-integral-se-enfrentarmos-a-discriminacao>. Acesso em: 5 out. 2024.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o processo de dispensação de medicamentos para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, no período de 2018 a 2021.

3.2 Específicos

- 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico da população-chave que fez uso da PrEP na perspectiva das desigualdades de raça/cor.
- 2) Descrever a distribuição espacial dos medicamentos dispensados no período do estudo, conforme região e Unidades Federativas brasileiras.
- 3) Identificar os diferenciais internos da população-chave que fez uso da PrEP no período do estudo, com ênfase em raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual.
- 4) Verificar se houve notificação de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre a população-chave que utilizou a PrEP no período do estudo para estabelecer comparações entre os anos e os segmentos dessa população.
- 5) Registrar e comentar as principais mudanças na política de prevenção ao HIV no Brasil em relação à PrEP durante o período de elaboração da tese.

4 JUSTIFICATIVA

Como justificativa para o presente estudo, destaca-se que opção pela problemática aqui discutida é fruto da leitura de diversos trabalhos no campo da saúde pública no Brasil que abordam o tema central do HIV e da aids e a política de prevenção, assim como das discussões sobre qual é o perfil da população brasileira que utiliza a profilaxia pré-exposição (PrEP), para que se possam identificar os diferenciais no período do estudo, com ênfase na raça/cor, localidade, idade, grau de escolaridade, sexo, identidade de gênero e orientação sexual.

O número de pesquisas e estudos no Brasil com um enfoque que envolva a análise dos dados da PrEP, associados com as informações sobre raça/cor, gênero e outras variáveis de interesse, mostra-se ainda insuficiente, indicando que existe uma lacuna a ser preenchida.

Não obstante, os poucos estudos existentes no Brasil com esse enfoque intersectorial permitiram identificar disparidades, mas principalmente contribuíram para o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas e equitativas para ampliar o alcance da PrEP no país. Ademais, tal enfoque reforça o compromisso com a construção de políticas públicas de saúde baseadas na equidade, como estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019).

Também é importante destacar que, no Brasil, os estudos relacionados com análises epidemiológicas, com referência às variáveis de raça/cor, têm entre suas intenções verificar a situação das populações segundo o seu perfil étnico-racial, especialmente as populações negra e indígena, consideradas historicamente como as mais vulneráveis socialmente, tal como apontam os estudos de Lopes, Moreira e Ramos (2020) e Santos e Giovanella (2016).

Bibliografias internacionais relacionadas com as questões que envolvem a variável raça/cor, como o artigo de Caldwell (2000), intitulado *Fronteiras da diferença de raça e gênero no Brasil*, que compara estudos dos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá, realizou uma análise sobre a ausência da variável raça na maioria dos estudos no Brasil, indicando que é necessário enfatizar as diferenças de raça e gênero e as razões da invisibilidade da questão racial nesse campo de estudo no Brasil.

Por outro lado, Satcher *et al.* (2005) destacaram que, em países como os Estados Unidos existe uma importante produção científica sobre o tema racial e as questões de saúde, o que provavelmente isso se deva à relevância dada à identidade racial. As disparidades raciais em saúde nos Estados Unidos têm sido detalhadamente monitoradas desde os anos 1960.

A demanda pelo tema da presente tese fica constatada na revisão bibliográfica necessária à elaboração do estudo. Realizaram-se duas buscas com o objetivo de subsidiar alguns dos

argumentos da tese, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde, que ajudam a descobrir e/ou selecionar as palavras e/ou expressões relevantes nas bases de dados. Todavia, ao pesquisar as produções entre os anos 2018 e 2024, em português, espanhol e inglês, sobre a dispensação/distribuição da PrEP para as populações brasileiras historicamente vulnerabilizadas socialmente, em especial a população negra e as pessoas integrantes da comunidade LGBTQIAPN+, como homens e mulheres trans, travestis, homens gays etc., foram utilizadas as seguintes palavras-chave e descritores de saúde: PrEP, Pre-Exposure Prophylaxis; black people, blacks, negro; dispensation, distribution; Brasil, Brazil, Brazilian.

Nas plataformas Scielo e LILACS, não apareceram publicações com os descritores pesquisados, enquanto no CINAHL (EBSCOhost), SCOPUS (Elsevier) e MEDLINE/PubMed, embora tenham surgido alguns artigos, estes não eram produções que atendessem ao interesse da busca. Em alguns casos, somente apareciam artigos com enfoque no continente europeu, mas sem relação com as variáveis constantes na presente pesquisa, tais como gênero/raça, orientação sexual e local de residência.

No caso deste estudo, cujo foco está na dispensação de PrEP para a população brasileira, com ênfase no perfil, realizou-se essa busca nas bases mencionadas, com os respectivos descritores, e mesmo após excluir os termos Brasil/Brazil/Brazilian, não se obtiveram resultados capazes de responder aos interesses da pesquisa, o que evidenciou a existência de uma demanda, uma brecha que aponta para a necessidade de um estudo como este.

A segunda busca bibliográfica está registrada na Tabela 1, descrita no item referente à metodologia do estudo.

É válido ressaltar que o presente estudo pode ser considerado de relevância social, ao abranger o tema da prevenção do HIV a partir de uma tecnologia cujo uso se constitui em um direito para todas as pessoas. Todavia, em um país desigual como o Brasil, o acesso aos serviços não ocorre da mesma maneira para todas as pessoas, pelo que se destaca a importância desta pesquisa, já que também possui entre seus objetivos ressaltar o tema das desigualdades raciais e de gênero como fatores relacionados ao maior ou menor número de dispensações dos medicamentos para a PrEP, que é um dos elementos do conjunto de ações da prevenção combinada ao HIV e à aids no Brasil.

Embora se observe uma produção significativa de pesquisas que comprovam a eficácia do uso da PrEP, ainda existe escassez de estudos que reflitam os diferentes fatores que interferem no número de dispensações de medicamento, ou mesmo que abordem questões

referentes ao acesso à PrEP a partir das informações de dispensação dos medicamentos incorporados à profilaxia.

Afinal, quem são as pessoas que usam a PrEP? Qual é o seu perfil, seu gênero e sua identidade de gênero? Qual é a sua cor? Onde estão? E, principalmente, o que pensam os profissionais de saúde no Brasil sobre a PrEP como uma tecnologia de prevenção, no momento em que o Ministério da Saúde (MS) começou a oferecer o medicamento nos serviços de saúde?

Assim, este estudo, que envolve a análise da base de dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), associada às variáveis raça/cor, gênero, orientação sexual, localidade, entre outras, proporciona informações estruturais que podem impactar não somente no acesso à PrEP, mas também na continuidade de seu uso e, posteriormente, nas análises dos resultados dessa intervenção.

No contexto brasileiro, as populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, como a população negra, os povos indígenas, as mulheres trans, os homens que fazem sexo com homens (HSH) e os(as) profissionais do sexo enfrentam barreiras históricas relacionadas ao racismo estrutural, às desigualdades de gênero e à exclusão social (Grangeiro; Kastrup; Costa, 2019; Pellini; Freitas; Lima, 2021).

Sabe-se que, na história da aids, é notório o fato de a doença que marcou não apenas um período no qual havia urgência de estudos científicos que fundamentassem as respostas no campo da saúde pública, mas também enfatizou a forma como as pessoas se relacionavam, especialmente os homens gays. Desde o princípio, instaurou-se a ideia de maior ou menor risco em relação ao modo como alguém se infecta. Isso faz com que, até nos dias de hoje, as relações sejam marcadas pelo sentimento de que algumas pessoas têm mais possibilidade de se infectar ou de que têm maior potencial de risco para o HIV (Castiel, Guilam, Ferreira, 2010).

Também se percebe que, ao longo dos anos, a política de prevenção do HIV e da aids no Brasil utilizou o uso do preservativo quase como a única, ou a melhor, forma de prevenção (Brisighelli Neto, 2009) o que se considerava ideal para que as pessoas pudessem ter relações sexuais.

Com a chegada da PrEP, o governo brasileiro fez uma defesa política da metodologia, baseada nos resultados de estudos nacionais e internacionais, mas existiam opiniões divergentes, embora houvesse evidências da sua importância para a contenção do HIV. Em uma tentativa de compreender o cenário brasileiro que passou a adotar a PrEP como um “direito”,

mas que, de certa forma, estava dividido (inclusive dentre o governo, os profissionais de saúde e também no movimento social), Batista (2017) realizou um estudo cujo objetivo foi avaliar a intenção dos profissionais de saúde brasileiros em relação ao uso da PrEP, e um dos resultados mostrou que a maioria deles expressaram sentimentos e atitudes neutras relacionadas com a adoção da PrEP como prevenção, o que poderia não somente evidenciar estigma, mas também uma reação semelhante à que se deu com a profilaxia pós-exposição (PEP), considerando que inicialmente não se havia demonstrado a sua eficácia. Esses profissionais, que desenvolviam ações de prevenção e ofertavam os insumos nos serviços, acreditavam que o uso da PEP teria uma associação direta com a diminuição significativa do uso do preservativo, uma vez que ocorria reincidência de pessoas que solicitavam esse tratamento nos serviços de saúde, já que não usavam preservativo. Essa ideia poder ter sido uma das razões que sustentavam as possíveis dúvidas sobre a indicação dos medicamentos para o uso da PrEP, já que se considerava que o preservativo seria novamente "abandonado".

A continuidade do uso das medicações que compõem a PrEP por si só já se constitui como um desafio, uma vez que a profilaxia é usada para a prevenção ao HIV, e geralmente quem menos utiliza a PrEP costumam ser as pessoas que apresentam maior chance de se infectarem; assim, se infectadas, essas pessoas possivelmente estarão entre os dados de notificação de óbitos por aids registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)⁸.

Ainda que se perceba uma intencionalidade na efetivação de ações afirmativas pelo MS, desde a implantação do uso da PrEP como uma das ações de prevenção ao HIV e à aids, tal propósito infelizmente ainda não se configurou como uma diretriz ou protocolo que considere a implementação e/ou implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nos estados e municípios brasileiros, com a definição de medidas concretas a serem consideradas nos indicadores e metas, resultantes das análises dos dados dos Boletins

⁸ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por meio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de notificação e investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória. O Sinan foi desenvolvido para ser operacionalizado em qualquer esfera administrativa, mas comumente é utilizado nas Secretarias Municipais de Saúde, que alimentam o sistema a partir das fichas de notificação preenchidas e encaminhadas pelas unidades de saúde notificantes, a partir de uma suspeita ou confirmação de doença ou agravo da lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde. A notificação de casos segue o calendário epidemiológico de 52 semanas, com início no domingo e término no sábado. <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao-sinan/>. Acesso em: 1 dez. 2024.

Epidemiológicos.

Apesar dos esforços, ainda há um longo caminho a ser percorrido a fim de que essa política reverbere nas ações estratégicas para o enfrentamento à aids no Brasil, considerando o perfil de quem se infecta pelo HIV, bem como o de quem morre em decorrência da aids. Embora a variável raça/cor esteja presente em praticamente todos os sistemas e Boletins Epidemiológicos do MS, as repostas políticas não expressam o que os dados apontam em relação às variáveis raça/cor, e o mesmo vale para as informações sobre o perfil de quem é usuário(a) da PrEP com base no Siclom.

Assim, a partir da conjuntura histórica e social do Brasil em relação às respostas para enfrentar a epidemia de aids – que também está atravessada pelas iniquidades sociais da população brasileira, especialmente as que atingem as mulheres e as pessoas LGBTQIAPN+ pretas e pardas – e considerando a existência de uma demanda associada à temática dos medicamentos para PrEP e o perfil da população no contexto social e racial, é que a presente tese opta pela temática aqui abordada.

A lacuna, ou “*gap*” em relação ao maior ou menor uso de determinada medicação ou acesso da população negra às tecnologias de prevenção pode ter profunda relação com a provável falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica, conforme se expressa nas definições de racimos institucional (Carmichael; Hamilton, 1967).

Essa situação também foi confirmada em outras pesquisas com os mesmos marcadores raciais no que tange ao acesso a bens e serviços, tais como os relacionados à educação, o que pode apontar que as iniquidades de raça ainda se traduzem como obstáculo que precisa ser ultrapassado para a promoção da equidade racial e a redução do racismo institucional no sistema de saúde pública do Brasil – que se estabelece na cultura e na reprodução sistemática da segregação étnico-racial nos procedimentos institucionais, revelando-se por mecanismos de regras, práticas e comportamentos discriminatórios aceitos no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou manutenção de estereótipos racistas (López, 2012).

É a partir dessa perspectiva que a presente pesquisa se compromete com a necessidade de dialogar com o tema da PrEP, questionando a realidade das dimensões de raça/gênero no Brasil, apontando ao menos a necessidade de abordar o tema do racismo institucional – embora o objetivo não seja verificar sua existência, já que no país sua presença está comprovada não

apenas pelos impactos na saúde pública⁹ mas também pela adoção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como resposta do Ministério às desigualdades em saúde que afetam essa população e o reconhecimento de que suas condições de vida são o resultado de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país (Brasil, 2010).

Segundo Minayo (1998, p. 17), “a pesquisa pode ser compreendida como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, sendo ela quem alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”. Conforme a autora, mesmo enquanto prática teórica, a pesquisa vincula o pensamento à ação, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.

A adoção dessa abordagem, que considera o perfil da população a partir de seu contexto e realidade, também dialoga com os princípios da interseccionalidade, tal como foi proposta por Crenshaw (1991), ao reconhecer que, dependendo de quem seja o sujeito, este poderá ter uma vida com desfechos atravessados por múltiplas dimensões de identidade, facilidades, dificuldades e poder.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, em relação à situação de pobreza no Brasil, a população negra (soma de pretos e pardos) representa 75,2% do grupo formado pelos 10% mais pobres do Brasil. Esse caráter estrutural e sistêmico da desigualdade entre brancos e negros na sociedade brasileira ocorre livremente; em alguns momentos, parece algo inquestionável e normatizado, e persiste em decorrência da fragilidade das políticas públicas para o seu enfrentamento.

Carvalho Júnior (2020) argumenta que o surgimento da aids desencadeou questões que ultrapassam o âmbito biomédico, envolvendo significados sociais e culturais em diversos campos. Nesse sentido, esta pesquisa considera algumas das questões particulares em um país como Brasil, e apresenta informações sobre a existência de um padrão social e histórico de desigualdade que impacta o acesso à saúde e a qualidade da atenção. Ainda que esses temas não

⁹ Documento en línea sobre el tema VIH, SIDA y racismo: alta mortalidad de la población negra en discusión. Información proporcionada por la Vigilancia Epidemiológica del Programa Estatal de ITS/SIDA de São Paulo, durante el seminario sobre raza/color del Programa Municipal de ITS/SIDA de São Paulo, realizado en octubre de 2016. <https://agenciaaids.com.br/artigo/hiv-aids-e-racismo-alta-mortalidade-da-populacao-negra-em-pauta/> Acceso el: 25 de sep de 2021.

¹⁰ https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/em-debate/desigualdade-racial-na-educacao?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=11358363299&utm_content=118130268121&utm_term=&. acceso: 28 ago. 2022.

sejam os objetivos desta tese, eles se relacionam com a dispensação da PrEP, como uma tecnologia de prevenção ao HIV cujo uso não se constitui como uma realidade para toda a população brasileira.

Após expor esse contexto sobre a PrEP, reiteramos que o objetivo deste estudo, ao identificar o perfil das pessoas que estão utilizando a profilaxia, é também trazer, à luz do tema, informações que considerem que, embora se trate de um medicamento eficaz, a política da PrEP apresenta alguns desafios, e identificar o perfil daqueles que a utilizam é fundamental para verificar quem está ficando para trás, especialmente em um país como o Brasil, marcado pela iniquidade de gênero e raça. Apesar de se reconhecerem os avanços, existem falhas. De acordo com Richard Parker (Agência de Notícias da Aids, 2018), embora as estratégias de prevenção estejam disponíveis para a população, elas não se caracterizam como uma realidade em todo o país, já que, ao longo dos anos, especialmente após o ano 2000, houve falhas nas ações de enfrentamento ao HIV e à aids.

Esta pesquisa pretende fortalecer o papel da ciência comprometida ao se propor a analisar o tema do estudo a partir da perspectiva da dispensação da PrEP no Brasil, considerando informações sobre a realidade brasileira em que as desigualdades de raça, gênero e localidade podem refletir-se nas respostas relacionadas com a contenção da epidemia de HIV e aids, não apenas nos diferentes segmentos da população-chave.

Por último, trata-se de um estudo que foi realizado por meio de dados secundários, ressaltando-se o seu potencial de exequibilidade e viabilidade, visto que está em consonância com a política de prevenção ao HIV e à aids e não necessitou de recursos adicionais.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Metodologia do estudo e critérios de seleção

O estudo foi desenvolvido em uma perspectiva histórico-dialética e com uso da metodologia de pesquisa quantitativa, caracterizada como uma pesquisa que pressupõe o concreto, o que é visível e quantificável (Polit; Beck; Hungler, 2004).

É importante notar que os dados numéricos parecem ser uma resposta óbvia e correta a uma determinada situação, mas se deve considerar outro aspecto: a pesquisa quantitativa somente faz sentido quando existe um problema bem definido e quando há informações e teorias sobre esse objeto de conhecimento, o qual se entende como o enfoque do estudo. Dessa maneira, somente é possível realizar estudos de natureza quantitativa quando se tem controle sobre o que se pretende empreender em relação à pesquisa (Silva; Simon, 2005).

Trata-se de um estudo analítico, utilizando análise de dados secundários a partir de informações pré-existentes disponibilizadas pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (MS), para identificar o número de dispensações de profilaxia pré-exposição (PrEP) aos serviços de saúde no Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021.

Destaca-se que, nos estudos científicos realizados a partir dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), podem-se observar algumas desvantagens relacionadas ao uso de dados secundários em pesquisas científicas, como o viés de informação. Entretanto, uma das maiores vantagens desse uso é permitir que os pesquisadores realizem, com baixo custo, estudos de base populacional com cobertura nacional. Baseando-se em perguntas apropriadas e reconhecendo as potencialidades e limitações dos SIS, os estudos científicos proporcionam novas formas de análise da situação de saúde e de avaliação dos serviços (Paim, 2006).

Foram analisados dados de todos os estados brasileiros e do Distrito Federal (DF) do Siclom. A descrição do perfil das pessoas que usam a PrEP no Brasil foi obtida considerando informações referentes à localidade, gênero, raça/cor, idade, anos de estudo, nacionalidade, sexo e orientação sexual dos(as) usuários(as) da profilaxia.

Segundo Fonseca (2002, p. 20),

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

Trata-se também de um estudo descritivo e exploratório, pois busca descrever e explicar uma situação baseada na investigação de condicionantes, sua complexidade e outras questões pertinentes. Apresenta, ademais, uma seção transversal, representada pelo momento em que a coleta de dados ocorre, em um tempo determinado; assim, descreve uma situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (Polit; Beck; Hungler, 2004).

Enquanto pesquisa descritiva, exige de quem investiga uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar e pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987).

Por fim, o presente estudo apresenta ainda uma abordagem retrospectiva, destacando as informações registradas em estrutura formal, decorrentes da coleta e análise de dados numéricos por meio de procedimentos estatísticos. Segundo Thompson (1995), por mais que os métodos de análise sejam rigorosos e sistemáticos, não excluem a imprescindível criação de significado, isto é, uma interpretação adequada daquilo que se está representando. Este é um pressuposto válido para qualquer técnica de análise de dados.

Embora se trate de pesquisa referente à análise das informações do Siclom sobre a dispensação de medicamentos para PrEP nos serviços de saúde, como dito anteriormente, o trabalho não pretende responder a tópicos relacionados a diagnóstico, tratamento e prognóstico em nível individual ou coletivo, bem como a qualquer outra situação relacionada à eficácia do uso da PrEP na população que dela faz uso (Arias, 1999).

5.2 Hipóteses

O conjunto de premissas em que se fundamenta o trabalho desenvolvido, e que serviu de base para a formulação de seus objetivos científicos, são questões que envolvem a dispensação dos medicamentos para PrEP no Siclom. São consideradas, ainda, informações

ligadas aos determinantes sociais da saúde (DSS), bem como aos estigmas e preconceitos, incluindo questões de gênero e racismo institucional como elementos que podem estar relacionados a barreiras que dificultam a utilização da PrEP pela população-chave, a partir do quantitativo de medicamentos dispensados nos serviços de saúde, para descrever o perfil de quem utiliza a medicação como forma de prevenção ao HIV e à aids no Brasil (Arrais; Barreto; Coelho, 2007).

Considerando os objetivos propostos, três hipóteses foram formuladas com base na revisão da literatura. Em relação a essas hipóteses, não foram encontrados estudos específicos sobre a avaliação do número de dispensações da medicação, ou relacionados ao perfil da população que usa a PrEP. Assim, as hipóteses trabalhadas na tese são assim descritas:

- 1) A dispensação da PrEP é maior nas regiões Sul e Sudeste do Brasil em comparação com as outras regiões do país.
- 2) A população negra que utiliza a PrEP apresenta menor chance de receber duas ou mais dispensações do medicamento.

É válido salientar alguns pontos, um dos quais se refere ao fato de que a tese se propõe a verificar como se comportam as variáveis de estudo no Siclom para determinar o perfil de adesão, considerando o número de dispensações realizadas no período, o cruzamento “não adesão com raça/cor” (preto e pardo *versus* outros), a escolaridade (até 11 *versus* 12 e mais anos de estudo) e a idade (adulto jovem *versus* outros), independentemente da “significância”, para indicar maior ou menor adesão à PrEP, sendo a adesão diretamente relacionada ao recebimento de duas ou mais dispensações da profilaxia.

O segundo ponto é destacar que, em alguns momentos, o termo “acesso” utilizado na tese estará relacionado a quem faz uso da PrEP, seja mediante o recebimento de uma, duas ou mais dispensações.

Por fim, registramos que, durante a elaboração da tese, no período pós-pandemia de covid-19, havíamos inserido uma terceira hipótese, a fim de verificar se as restrições adotadas para interromper a cadeia de transmissão da covid-19 poderiam ou não ter afetado a dispensação da medicação para a PrEP em 2020 e 2021, em comparação com os anos de 2018 e 2019. Contudo, optamos por excluí-la do estudo, tendo em vista que, com as informações obtidas no Siclom até então, não teríamos informações suficientes para estabelecer essa comparação.

5.3 Aspectos éticos

5.3.1 Avaliação de riscos

Com base nos termos da Resolução nº 466/12¹¹, em todo e qualquer projeto de pesquisa relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) há riscos envolvidos. A norma expõe, principalmente, que todo experimento pode causar danos permanentes ou relativos de natureza física, psicológica, social, moral, intelectual, cultural, espiritual e econômica (Araújo, 2003).

Historicamente, foi a partir da Resolução CNS nº 196, de 1996, e das resoluções complementares que o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos no Brasil entrou em uma nova etapa, e os pesquisadores começaram a se adaptar a essa realidade (Araújo, 1999).

Todavia, considerando que a presente pesquisa foi realizada mediante a leitura de artigos científicos e a consulta a outras informações de cunho público, não foram identificados potenciais riscos envolvendo seres humanos de forma direta neste projeto. Trata-se de pesquisa realizada por meio de análise de banco de dados secundários indiretamente referentes a pessoas que acessaram o SUS ao fazer uso da PrEP e que foram registradas no Siclom. As informações analisadas não ofereceram quaisquer possibilidades de identificação das pessoas que fizeram uso da PrEP, considerando que recebemos apenas a sistematização com as informações do Siclom, com as variáveis de interesse do estudo.

Logo, o risco presente neste estudo, se existiu, é estimado como baixo, tendo em vista que os benefícios para a população-chave são maiores, o que se constitui como um dos benefícios da pesquisa.

5.3.2 Benefícios

Dentre os benefícios do presente estudo, conta-se a elevada possibilidade de gerar conhecimento e contribuir com o campo das políticas públicas de saúde no que tange às estratégias de prevenção ao HIV e à aids, mediante a análise sobre a dispensação da PrEP, em que foi possível descrever o perfil da população-chave que acessou o medicamento nos serviços de saúde do SUS nas Unidades Federativas brasileiras.

¹¹ Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 22 nov. 2024.

Complementarmente, a partir do resultado da análise das variáveis de interesse, entre elas as de raça/cor, foram elaboradas propostas de intervenções para gestores(as) de saúde, no sentido de ampliar o acesso às informações sobre o uso e o estímulo à maior adesão a essa tecnologia de prevenção ao HIV para o segmento da população-chave que apresentou o menor número de dispensações de PrEP no Brasil.

Outros benefícios da presente pesquisa poderão ser observados com a futura publicação de artigos, disseminação de informações em seminários e congressos nacionais e internacionais, promoção de discussões e, ainda, contribuição com outros estudos.

5.4 Fases do estudo

5.4.1 Primeira fase: coleta de dados

A primeira fase do estudo envolveu a pesquisa bibliográfica, que buscou responder ao problema pesquisado por meio de referências teóricas publicadas, analisando e discutindo diversas contribuições científicas.

Por outro lado, pode-se dizer que alcançamos êxito no momento em que a busca de informações bibliográficas nos indicou a ausência de um maior número de estudos com temas que tenham entre seus objetivos analisar o perfil de quem usa a PrEP, considerando descritores como dispensação ou dispensa, raça/cor e gênero, o que sustentou uma das justificativas quanto à necessidade deste estudo, em vista dessa lacuna existente no Brasil (Oliveira; Gomes; Costa, 2023).

Assim, a pesquisa bibliográfica e documental consistiu na obtenção de informações provenientes de livros, artigos, notícias e outras publicações físicas ou eletrônicas relacionadas com o tema específico, com o propósito de identificar dados factuais nos documentos, a partir de questões e hipóteses de interesse. O uso de documentos para a pesquisa proporciona suficiente riqueza de informações, podendo aplicar-se em diversas áreas das ciências humanas e sociais e facilitando a compreensão do objeto de estudo em sua contextualização histórica e sociocultural (Almeida; Guindani; Sá-Silva, 2009).

Nesse contexto, Gil (1991) argumenta que a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não foram analisados ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da

pesquisa. Tozoni-Reis (2009) destaca que a pesquisa documental tem como característica central o documento como campo de coleta de dados.

5.4.2 Segunda fase: revisão de literatura e busca documental

A revisão de literatura desempenhou um papel essencial ao reunir e avaliar fontes de pesquisa que serviram como base teórica para este estudo. Foram realizadas duas buscas com descritores distintos. A leitura profunda e intensa dos textos a serem utilizados, segundo Motta Roth e Hendges (2010), pode proporcionar incontáveis contribuições para a identificação da relação existente entre as pesquisas citadas, a partir de diversas argumentações.

Na primeira busca realizada, o resultado não foi favorável, conforme se informou na justificativa.

Quadro 2 – Revisão da literatura

AUTORES(AS)	TÍTULO	CATEGORIA	ANO DE PUBLIC.	RESUMO E/OU OBJETIVO	RESULTADOS E/OU CONCLUSÕES
Sousa, Anderson Reis de; Silva, Luiz Augusto Vasconcelos da	“It’s was unusual but amazing”: demand creation for PrEP among adolescents’ men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW) in Brazil	Artigo	2024	Estudo qualitativo usando entrevistas semiestruturadas para analisar os desafios na criação de demanda para participação em um projeto de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) em duas capitais brasileiras com adolescentes HSH e mulheres transgênero de 15 a 19 anos.	As narrativas dos adolescentes evidenciaram que as estratégias foram bem-sucedidas na promoção da prevenção combinada do HIV, abrindo oportunidades para reuniões de recrutamento, ao mesmo tempo em que ajudaram a negociar e convencer os indivíduos a usar a PrEP, fortalecendo a educação entre pares e transmitindo uma sensação de “estar juntos” e “caminhar juntos”, apesar dos desafios. As interações presenciais ou <i>on-line</i> usando tecnologias sociais desempenharam um papel crucial no recrutamento de adolescentes para o projeto, expandindo o conhecimento sobre a PrEP e outras estratégias de prevenção combinada e o acesso a serviços de saúde e autocuidado.

Echeverría-Guevara, Amanda <i>et al.</i>	Travestis, transgender women and young MSM are at high risk for PrEP early loss to follow-up in Rio de Janeiro, Brazil	Artigo	2023	Identificar os fatores associados à perda precoce do acompanhamento da PrEP (ELFU) entre gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transgêneros.	Mulheres transgênero, mulheres jovens e mulheres com baixa escolaridade apresentaram um risco maior de perda precoce do acompanhamento da PrEP (ELFU), sugerindo que estratégias específicas desenvolvidas por meio de políticas para essas populações devem ser priorizadas, além do foco na redução da incidência da infecção pelo HIV.
Dourado, Ines <i>et al.</i>	Prevenção combinada do HIV para homens adolescentes que fazem sexo com homens e mulheres adolescentes transexuais no Brasil: vulnerabilidades, acesso à saúde e expansão da PrEP	Artigo	2023	Discutir o aumento da incidência do HIV entre adolescentes, especialmente homens cisgênero que fazem sexo com homens e mulheres adolescentes transgênero no Brasil, e apresentar o estudo PrEP1519, que tem como objetivo investigar a eficácia da profilaxia pré-exposição (PrEP) nessas populações.	Reforça a importância de compreender os aspectos sociais, econômicos e estruturais que contribuem para a vulnerabilidade desse segmento populacional, além de apontar a necessidade de políticas públicas informadas por pesquisas capazes de compreender a diversidade e os desafios enfrentados por esses grupos. É necessário ampliar o acesso à PrEP e capacitar os profissionais de saúde para melhor atender a essas populações, sem atribuir estigmas e/ou preconceitos sobre as condições de identidade de gênero e/ou orientação sexual.

Avelino-Silva, Vivian Iida <i>et al.</i>	Predictors of knowledge of and access to biomedical prevention among MSM and transgender men in Latin America: Results from the Latin American internet survey.	Artigo	2022	Descrever o conhecimento e o acesso a estratégias de prevenção do HIV, como tratamento para todas as pessoas (TTP), I=I, PrEP e PEP, entre HSH gays, bissexuais, transgêneros e transexuais que vivem em 18 países da América Latina, com base na <i>Latin American MSM Internet Survey</i> (LAMIS).	No Brasil, o acesso e o conhecimento das estratégias de prevenção do HIV estiveram intrinsecamente associados a homens gays, com idades entre 26 e 55 anos, com alto nível de escolaridade.
Batista, Diego Rafael <i>et al.</i>	Perception and barriers to access Pre-exposure Prophylaxis for HIV/AIDS (PrEP) among the MSM (men who have sex with men) Brazilian Amazon: A qualitative study	Artigo	2024	Estudo qualitativo entre usuários de PrEP, principalmente HSH, com o objetivo de explorar percepções, conhecimentos e barreiras ao acesso à PrEP no Amazonas.	Os participantes demonstraram percepções e conhecimentos sobre a PrEP, considerando as redes sociais como as principais disseminadoras de informações, mas as barreiras foram associadas principalmente a fatores externos, especialmente no caso de pessoas em vulnerabilidade: longas distâncias até as unidades de saúde que oferecem a PrEP, falta de acolhimento dos profissionais de saúde e falta de informações sobre os métodos de prevenção do HIV disponíveis no sistema de saúde.

Sevelius, Jae <i>et al.</i>	Optimising HIV programming for transgender women in Brazil	Artigo	2019	Investigar as perspectivas de travestis e mulheres transexuais sobre as abordagens de prevenção do HIV no Brasil, destacando os desafios enfrentados por essas pessoas em relação ao acesso aos cuidados de saúde, devido à discriminação de gênero e ao estigma relacionado ao HIV.	É necessário que os programas e intervenções que buscam o acesso universal e seguro à assistência médica para travestis e transexuais abordem questões estruturais, como estigma, afirmação de gênero, emprego, violência etc., que são fundamentais para a sobrevivência de travestis e mulheres trans.
Konda, Kelika A <i>et al.</i>	Factors associated with long-term HIV pre-exposure prophylaxis engagement and adherence among transgender women in Brazil, Mexico and Peru: results from the ImPrEP study	Artigo	2022	Avaliar os fatores associados à adesão e ao envolvimento com a PrEP em longo prazo entre as mulheres transgênero inscritas no estudo ImPrEP.	O envolvimento e a adesão de longo prazo à PrEP por parte das mulheres trans, embora interessadas em se inscrever, foram limitados, e a incidência de HIV permaneceu alta.

<p>Murray, Laura R.; Brigeiro, Mauro; Monteiro, Simone</p>	<p>A retreat from human rights? A reflection on sex work's place in contemporary HIV prevention</p>	<p>Artigo</p>	<p>2022</p>	<p>Refletir sobre o lugar do trabalho sexual no campo mais amplo da biomedicalização das respostas ao HIV por meio de revisões de literatura e trajetórias de pesquisa, incluindo descobertas preliminares de um estudo qualitativo sobre a implementação da PrEP no Rio de Janeiro, Brasil.</p>	<p>A PrEP não deve ser vista como um método, mas como um processo, porque o que vemos no campo da prevenção do HIV e da aids em contextos de trabalho sexual não é um recuo em relação aos direitos humanos, mas a continuação de um discurso neoliberal sobre direitos humanos, sem o investimento adequado nas condições materiais necessárias para garantir que o estigma não iniba mais os profissionais do sexo e outros grupos vulneráveis, como HSH e populações transgênero, de buscar acesso pleno à saúde e aos direitos humanos.</p>
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ferguson, Laura <i>et al.</i></p>	<p>Are Rights-Based Services Important? An Adolescent PrEP Demonstration Project in Brazil</p>	<p>Artigo</p>	<p>2024</p>	<p>Analisar a relevância dos padrões e princípios de direitos humanos para o fornecimento de profilaxia pré-exposição (PrEP) baseada em direitos para adolescentes marginalizados, incluindo homens que fazem sexo com homens, mulheres transgênero e travestis, por meio de entrevistas em São Paulo, Brasil, com 25 adolescentes, bem como oito profissionais de saúde e seis trabalhadores envolvidos na criação de demanda baseada na comunidade.</p>	<p>Para melhorar a implementação, a aceitabilidade e a acessibilidade da PrEP, é essencial que as políticas construídas considerem os determinantes sociais do processo de prevenção do HIV e promovam a participação ativa desses adolescentes na formulação dessas políticas.</p>
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Martinez, Yuppiel Franmil	Avaliação de fatores preditores de sífilis e adesão a PrEP oral diária entre gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres transgênero e travestis (MTTr) com risco substancial de infecção pelo HIV em estudo multicêntrico demonstrativo da efetividade da profilaxia pré-exposição (PrEP).	Tese	2023	Avaliar fatores sociodemográficos e práticas sexuais de base relacionados à prevalência de sífilis na entrada e marcadores ou preditores de adesão à PrEP por meio de autorrelato entre gays, bissexuais e outros HSH, adolescentes MTTr de 15 a 19 anos em risco de infecção pelo HIV.	Na análise multivariada final, uma maior probabilidade de baixa adesão foi associada ao fato de estar desempregado, fazer sexo em troca de dinheiro ou favores e ter uma autopercepção de risco de infecção pelo HIV. Por outro lado, a prevalência de sífilis na linha de base foi de 21,3%. Os dados reafirmam os fatores de vulnerabilidade conhecidos e apontam para a necessidade de fortalecer os programas de PrEP na saúde pública, levando em conta a classe social, a raça, o gênero, a sexualidade e a prevenção combinada, e de expandir e facilitar o acesso a todas as ferramentas de prevenção combinada, inclusive a PrEP, para essa faixa etária.
Pimenta, Maria Cristina <i>et al.</i>	Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders	Artigo	2022	Identificar os contextos sociais e estruturais das populações vulneráveis, do ponto de vista de gestores, profissionais de saúde, lideranças ou ativistas e usuários de PrEP que constroem e organizam a oferta de serviços de PrEP no Brasil, as subjetividades dos atores envolvidos e as diferentes percepções que podem impactar a implementação dessa estratégia.	O estigma e a discriminação relacionados às identidades de gênero e às sexualidades não hegemônicas são violações dos direitos sexuais e do acesso à saúde. A pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero e a criminalização do trabalho sexual são barreiras estruturais que afetam o acesso aos serviços de saúde e são os principais obstáculos ao acesso à PrEP para HSH, transexuais e populações de transexuais com renda e capital social e cultural mais baixos.

Wilson, Erin C <i>et al.</i>	Barriers and facilitators to PrEP for transwomen in Brazil.	Artigo	2019	Relatar os resultados de um estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro, Brasil, sobre o conhecimento, o interesse, barreiras e facilitadores para o uso e a adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) entre mulheres transgênero.	Os resultados reforçam a necessidade urgente de que o próprio SUS aborde a discriminação sistêmica contra pessoas transgênero para melhorar o acesso à PrEP. Modelos alternativos de oferta da profilaxia em ambientes seguros e não discriminatórios são cruciais, com intervenções para apoiar as mulheres transgênero a lidar com seus medos em relação ao HIV e a manterem a adesão ao tratamento.
Oliveira, Renata Lúcia e Silva <i>et al.</i>	Building bridges to care: the experience of peer navigation in enabling linkage to PrEP for adolescent men who have sex with men and transgender women	Artigo	2023	Analisar como a navegação entre pares pode facilitar a vinculação aos cuidados da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para adolescentes homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero, com idades entre 15 e 19 anos, no contexto do projeto PrEP1519 em Salvador, Brasil.	Os participantes eram adolescentes e jovens da comunidade LGBTQI+, principalmente homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero, em sua maioria negros, com idades entre 16 e 20 anos, que apresentaram boa adesão à PrEP, embora tenha havido registros de desistências devido a conflitos familiares, dificuldades econômicas e sofrimento mental. As descontinuidades na adesão refletem as vulnerabilidades sociais e emocionais enfrentadas por esses grupos, que frequentemente sofrem exclusão e invisibilidade. Apesar das adversidades, a navegação entre pares mostrou-se eficaz na retenção e no acesso à PrEP.

Zucchi, Eliana Miura <i>et al.</i>	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	Ensaio	2018	Refletir sobre o conhecimento acumulado por meio de estudos de eficácia e demonstrações da realidade dos serviços e das populações mais vulneráveis à infecção, a fim de alcançar uma ampla cobertura de PrEP.	O êxito do acesso à PrEP como política de saúde pública está intrinsecamente ligado à garantia de que os serviços de saúde sejam acolhedores para as diferentes pessoas, levando em conta o nível socioeconômico, a orientação sexual, a identidade de gênero e a raça, sendo livres de discriminação, e ao aumento das iniciativas comunitárias, com o apoio das redes sociais, para que mais pessoas tenham acesso aos serviços e à PrEP.
Soares, Fabiane <i>et al.</i>	Important steps for PrEP uptake among adolescent men who have sex with men and transgender women in Brazil	Artigo	2023	Analisar o processo de adesão à PrEP e identificar os fatores associados ao início da profilaxia oral diária entre HSH e adolescentes trans no Brasil, a fim de compreender as barreiras iniciais e os facilitadores do uso da PrEP nesse grupo vulnerável.	Após a avaliação da adesão à PrEP por homens que fazem sexo com homens e mulheres transgênero no Brasil, identificou-se que as condições sociocomportamentais contribuem para aumentar a vulnerabilidade ao HIV e que as experiências de violência e discriminação estão associadas ao início da PrEP. O maior desafio para facilitar o acesso e a adesão à PrEP reside nos estágios iniciais da profilaxia, pois, uma vez que as pessoas se conectam aos serviços de saúde, as taxas de início de uso tendem a ser mais altas.

<p>Veloso, Valdiléa G <i>et al.</i></p>	<p>Same-day initiation of oral pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual, and other cisgender men who have sex with men and transgender women in Brazil, Mexico, and Peru (ImPrEP): a prospective, single-arm, open-label, multicentre implementation study</p>	<p>Artigo</p>	<p>2023</p>	<p>Avaliar a viabilidade da implementação da PrEP oral no mesmo dia em populações-chave com alta carga de HIV (HSH e mulheres transgênero) no Brasil, México e Peru para melhorar a adesão e o acesso a essa estratégia de prevenção.</p>	<p>A PrEP oral no mesmo dia é viável para HSH e mulheres transgênero na América Latina. No entanto, os determinantes sociais e estruturais da vulnerabilidade ao HIV devem ser abordados para que os benefícios da PrEP sejam totalmente aproveitados. Afinal, o próprio estudo mostra que as pessoas com alta incidência de HIV eram aquelas que não tomavam PrEP, principalmente mulheres transgênero, indivíduos jovens e não brancos.</p>
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Magno, Laio <i>et al.</i></p>	<p>Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil</p>	<p>Artigo</p>	<p>2019</p>	<p>Avaliar o conhecimento, a disposição e as barreiras ao uso da PrEP entre HSH em Salvador, Bahia, explorando os fatores clínicos, comportamentais, sociais e estruturais que influenciam esses aspectos, com o objetivo de identificar estratégias para expandir o acesso e reduzir o estigma associado ao uso da PrEP no Brasil.</p>	<p>O estudo indica que a expansão do acesso à PrEP no Brasil, especialmente no Nordeste, é muitas vezes mais lenta, devido à falta de conhecimento e disposição para usá-la. Para melhorar a adesão, é essencial aumentar a conscientização sobre a PrEP, tanto em relação à sua eficácia quanto aos seus efeitos colaterais, além de educar os indivíduos em risco. Campanhas e/ou movimentos sociais direcionados aos HSH podem ajudar a reduzir o estigma e aumentar a adesão ao medicamento. Além disso, uma qualificação para um acolhimento mais inclusivo e respeitoso por parte dos profissionais de saúde pode ajudar essas populações socioeconomicamente vulneráveis a procurar os serviços de saúde.</p>
----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: elaboração própria (2024).

Dessa forma, cabe ressaltar que foram utilizados os seguintes bancos de dados: CINAHL (EBSCOhost), SCOPUS (Elsevier), MEDLINE/PubMed, LILACS e SciELO. Inicialmente, identificaram-se 103 trabalhos, dos quais 81 foram excluídos com base nos resumos, por não atenderem aos requisitos da pesquisa. Entre os 22 artigos restantes, 17 abordaram, ainda que superficialmente, o perfil dos usuários de PrEP e a relevância de considerar os determinantes estruturais da sociedade para ampliar o acesso a essa estratégia de prevenção, que é a adoção da PrEP como resposta da Saúde Pública brasileira ao HIV e à aids.

Os cinco artigos restantes foram identificados como duplicados nas diferentes bases de dados e, portanto, excluídos. Optamos por não utilizar os intensificadores de busca na pesquisa. Os descritores de saúde e/ou palavras-chave utilizados incluíram: PrEP; Prophylaxis; Prevention; Brasil; Brazil; Brazilian; “Acceso/Health Services Accessibility”; fatores de raça; publicações em português, espanhol e inglês, entre 2018 e 2024, com texto completo disponível.

Gil (2008) observa que esse tipo de pesquisa se desenvolve com base em material já existente, principalmente constituído por livros e artigos científicos. Fonseca e Moraes (2002) descrevem que essa modalidade de estudo pode ser conduzida usando referências teóricas já analisadas e publicadas, tanto em meios escritos quanto eletrônicos, como livros e artigos científicos.

5.4.3 Terceira fase: elaboração da base de dados

Esta pesquisa se propôs a analisar o processo de dispensação de medicamentos para PrEP pelo Ministério da Saúde do Brasil, explorando elementos geográficos, demográficos e epidemiológicos associados à população-chave. Buscando atender a esse objetivo, adotou-se uma abordagem bibliográfica exploratória e descritiva, centrada na análise qualitativa e quantitativa de documentos do MS referentes à distribuição espacial dos medicamentos para a PrEP entre 2018 e 2021.

5.4.4 Quarta fase: análise de dados

Levando em consideração os objetivos da pesquisa, no que diz respeito à análise epidemiológica, uma das propostas do estudo foi descrever a distribuição espacial dos medicamentos dispensados para PrEP no Brasil, destacando variações regionais e estaduais, e caracterizar o perfil sociodemográfico da população-chave que acessou a PrEP no período

analisado, com ênfase nas desigualdades raciais e de gênero.

A análise também engloba a identificação de diferenças internas na população-chave relacionadas a raça/cor, localidade, idade, nível de escolaridade, sexo, identidade de gênero e orientação sexual. Outro ponto é verificar se houve notificações de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre a população-chave que usou a PrEP, uma vez que este ainda é um debate em andamento na sociedade civil (Queiroz; Sousa, 2017).

As análises estatísticas foram realizadas mediante o uso de uma distribuição de frequência por meio do *software* estatístico R versão 2.16, utilizando-se o Excel para elaboração e análise do banco de dados. Realizou-se uma tabulação organizada dos números de registros no Siclom, de acordo com cada categoria de variáveis de interesse do estudo. Trata-se de um método utilizado na maioria dos estudos que empregam essa metodologia (Jelihovschi, 2014).

A análise exploratória dos dados se deu a partir das informações sistematizadas do Siclom, sendo os dados compilados de acordo com as variáveis de interesse relacionadas ao local de residência (cidade e região), idade, sexo, orientação sexual, raça/cor e escolaridade.

A partir dos resultados da coleta, as informações foram sistematizadas para a elaboração de tabelas e gráficos; outras publicações de domínio público subsidiaram o resultado final deste estudo sobre a dispensação da PrEP, para caracterizar o perfil das pessoas que fizeram uso dessa profilaxia.

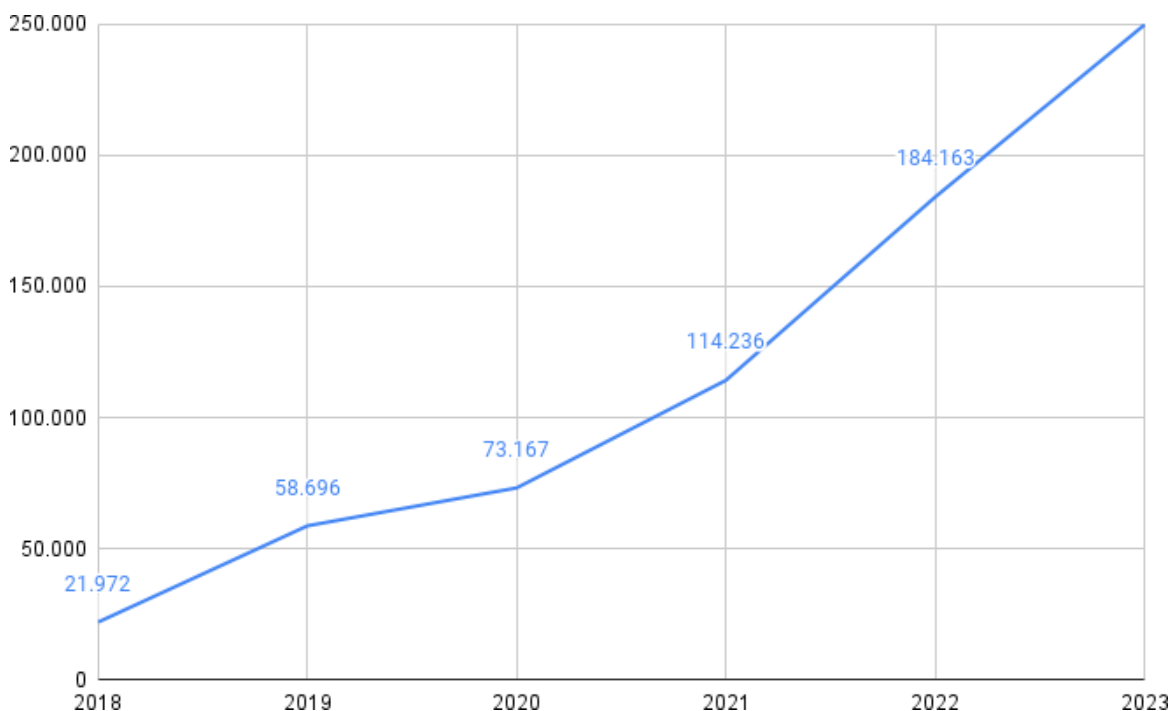
6 RESULTADOS

6.1 Resultados descritivos

6.1.1 Evolução temporal da dispensação de medicamentos para PrEP

A Figura 9 apresenta a evolução temporal da dispensação dos medicamentos para profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2018 e 2023. É possível constatar que o número de dispensações aumentou progressivamente no período, passando de 21.972 em 2018 para 249.850 em 2023, o que representa um aumento de 1.035,74%.

Figura 9 – Evolução temporal da dispensação dos medicamentos da PrEP no Brasil



Fonte: elaboração própria, com base em dados do painel PrEP (<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>).

Um grande salto pode ser observado entre os dois primeiros anos da abordagem, 2018 e 2019, que foi de 37,43%, e sobretudo entre os anos de 2021 e 2022, quando o número de dispensações aumentou de 114.236 para 184.163, o que representa um incremento de 62,02%. A seguir, será analisado o perfil das pessoas que recorreram à PrEP no Brasil durante esse período.

6.1.2 Características do perfil das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Considerando a amostra total de usuários(as) da PrEP no Brasil, 1.334 pessoas, os seguintes resultados puderam ser observados de acordo com o levantamento realizado, a começar pela nacionalidade das pessoas que usaram a PrEP no Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Nacionalidade das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Brasileiros	1.309	98,1
Estrangeiros	21	1,6
Sem informação	4	0,3

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Tabela 1 apresenta dados referentes à nacionalidade das pessoas que utilizaram a PrEP no Brasil. A análise dos números revela que a grande maioria das pessoas, 98,1%, possuem nacionalidade brasileira, sugerindo uma adesão significativa de nacionais à estratégia de prevenção ao HIV por meio da PrEP. Para além de brasileiros e brasileiras, identificaram-se 21 estrangeiros e quatro pessoas sem registro acerca de sua nacionalidade.

A Tabela 2 apresenta dados sobre a distribuição geográfica das pessoas que utilizaram a PrEP no Brasil durante o período analisado, categorizados por região.

Tabela 2 – Região de residência das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Norte	49	3,7
Nordeste	129	9,7
Sudeste	812	60,9
Sul	241	18,1
Centro-Oeste	44	3,3
Sem informação/Estrangeiro	59	4,4

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A análise dos dados revela que a região Sudeste concentra a maior parte das pessoas em uso de PrEP, representando 60,9% do total. A região Sul fica em segundo lugar, com percentual de 18,1%, ou seja, as regiões Sudeste e Sul concentram 79% da amostra total. A região Nordeste também apresenta uma participação considerável, com 9,7% das pessoas em PrEP. Embora essa porcentagem seja menor em comparação com o Sul, aproximadamente metade do valor, ela ainda representa uma presença significativa em relação à amostra total. Além disso, 11,4% representam a soma das regiões Norte, Centro-Oeste e os estrangeiros ou aqueles sem informação em relação à região de residência.

Vale lembrar que, de acordo com o censo demográfico de 2022, a região Sudeste representa 41,8% da população do país, seguida pelas regiões Nordeste (26,9%), Sul (14,7%), Norte (8,6%) e Centro-Oeste (8,0%). Assim, fica claro que as regiões Sudeste e Sul estão super-representadas no universo de usuários(as) de PrEP, enquanto as demais regiões apresentam proporções menores do que o esperado.

A Tabela 3 ilustra a distribuição etária das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil.

Tabela 3 – Faixa etária das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
18 a 23 anos	213	16,0
24 a 29 anos	365	27,4
30 a 35 anos	349	26,2
36 a 41 anos	222	16,6
42 a 47 anos	88	6,6
48 a 53 anos	54	4,0
54 a 59 anos	33	2,5
60 anos ou mais	10	0,7

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados revelam que a faixa etária mais representativa entre os(as) usuários(as) é de 24 a 29 anos, correspondendo a 27,4% do total, o que sugere uma considerável adesão à PrEP por parte de adultos jovens e destaca a relevância dessa estratégia de prevenção na faixa etária mais ativa sexualmente. Em segundo lugar, está a parcela da amostra na faixa etária entre 30 e

35 anos, responsável por 26,2%, refletindo uma continuidade no uso da PrEP em idades ligeiramente mais avançadas. Isso permite afirmar que a faixa entre 24 e 35 anos corresponde a mais da metade da amostra total, ao somarem juntas 53,6%.

Em sequência, as faixas etárias de 18 a 23 anos e 36 a 41 anos compõem, respectivamente, 16,0% e 16,6% dos(as) usuários(as), o que denota um uso de PrEP relativamente equitativo nessas categorias. À medida que a idade avança, a participação diminui progressivamente, como evidenciado pelas faixas de 42 a 47 anos (6,6%), 48 a 53 anos (4,0%), 54 a 59 anos (2,5%) e 60 anos ou mais (0,7%). Concluindo, a distribuição desses dados revela uma tendência de adesão mais expressiva à PrEP entre os adultos jovens, diminuindo gradualmente com o aumento da idade.

Quanto ao perfil da população brasileira a partir da variável raça/cor, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as pessoas que se declaram como pardas são 92,1 milhões, ou 45,3% da população; as brancas são 88,2 milhões, ou 43,5%; pretas, 20,7 milhões, ou 10,2% da população; indígenas, 1,7 milhão, ou 0,8%; e pessoas que se autodeclaram como amarelas, 850 mil, ou 0,4% da população total.

Continuando, mostra-se o perfil da população brasileira segundo a variável raça/cor, de acordo com o censo nacional de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e segundo a classificação utilizada oficialmente no país. Pode-se observar, na Tabela 4, um predomínio das pessoas que se declaram como pardas (45,3%), seguidas das brancas (43,5%), pretas (10,2%), indígenas (0,8%) e das que se autodeclaram como amarelas (0,4%). No Brasil, considera-se que a soma das categorias “preta” e “parda” representa a população “negra” que, no censo de 2022, somaram 55,7% da população.

Tabela 4 – População brasileira, com base no IBGE

Raça/cor	Número	Percentual
Branca	88,2 milhões	43,5%
Preta	20,7 milhões	10,2%
Parda	92,1 milhões	45,3%
Indígena	1,7 milhão	0,8%
Amarela	850 mil	0,4%

População negra (soma de pretos e pardos)	112,8 milhões	55,7%
TOTAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: 203.062.512 habitantes em 2022		

Fonte: elaboração própria, com base nos dados do IBGE, 2022.

A Tabela 5 apresenta os dados sobre a distribuição por raça/cor das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil, no mesmo ano dos dados do IBGE (2022).

Tabela 5 – Raça/cor das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Branca	797	59,7
Parda	381	28,6
Preta	137	10,3
Amarela	14	1,0
Indígena	5	0,4

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Ao analisar os números, tudo leva a crer que há predominância de pessoas em uso de PrEP declaradas como brancas, representando 59,7% do total. Em segundo lugar, estão as pessoas identificadas como pardas, representando 28,6% dos(as) usuários(as), enquanto os que se declaram como pretos somam apenas 10%. Esse dado evidencia que, juntos, pardos e pretos representam apenas 38,6% das pessoas que acessam a menos a PrEP. Todavia, no censo, conforme descrito anteriormente, essas pessoas somam cerca de 56% da população.

Ao refletir sobre o perfil da população brasileira com ênfase no recorte raça/cor, independentemente de outras variáveis como gênero, orientação sexual, local de residência, entre outras informações, percebe-se que, embora, a população negra seja a maioria no Brasil, quando se trata ao uso da PrEP, é uma minoria em uso.

A Tabela 6 apresenta dados sobre a escolaridade das pessoas que utilizam a PrEP, no Brasil, medida em anos de estudo.

Tabela 6 – Escolaridade das pessoas que usam a PrEP no Brasil (em anos de estudo)

Variável Anos de estudo	Uma dispensação (n = 1045)		Duas ou mais dispensações (n = 289)	
	n	%	n	%
Nenhuma/sem educação formal	2	0,19	1	0,35
1 a 3 anos	3	0,29	1	0,35
4 a 7 anos	42	4,02	7	2,42
8 a 11 anos	212	20,29	63	21,80
12 anos ou mais	786	75,21	217	75,08

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A análise desses dados revela que a maior parte dos(as) usuários(as) de PrEP possui um nível educacional elevado, considerando que a maioria significativa da população estudada, 75,2% do total, possui 12 anos ou mais de estudo, indicando que a maioria das pessoas em PrEP no Brasil concluiu o ensino médio ou possui um nível educacional superior. A faixa de escolaridade de 8 a 11 anos, correspondente à escola primária ou ensino fundamental completo em vários países com um nível educacional intermediário, também contribui de forma significativa para o total, representando 20,6% dos(as) usuários(as).

As categorias de menor escolaridade, a saber, as de nenhuma/sem educação formal (0,2%), de um a três anos (0,3%) e quatro a sete anos de estudo (3,7%), apresentam percentuais mais baixos de uso de PrEP. Os dados permitem concluir que a adesão à profilaxia está mais concentrada na parcela da população com um histórico educacional maior. Portanto, compreende-se como fundamental considerar esses dados ao desenvolver estratégias de conscientização e promoção da PrEP, de forma que as informações sejam acessíveis a todos os níveis educacionais e que a prevenção ao HIV seja abordada de maneira inclusiva.

A Tabela 7 apresenta dados relacionados ao órgão genital de nascimento das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil, no período do estudo.

Tabela 7 – Órgão genital de nascimento das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Pênis	1.207	90,5
Vagina	127	9,5

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A grande maioria das pessoas em uso de PrEP no Brasil, 90,5%, nasceu com pênis, indicando que essa estratégia de prevenção ao HIV conta com uma adesão mais expressiva entre essa parcela da população. Trata-se de um dado que reflete uma tendência histórica, considerando que a PrEP inicialmente foi promovida e estudada em contextos que envolviam homens que fazem sexo com homens (HSH) e outros grupos com maior vulnerabilidade ao HIV.

A representação das pessoas que nasceram com vagina na utilização da PrEP é menor, concentrando apenas 9,5% da amostra total. Esse dado ressalta a importância de direcionar esforços específicos para promover a conscientização e o acesso à PrEP entre essas pessoas, considerando que elas também apresentam chances de se infectar pelo HIV.

A Tabela 8 fornece dados sobre a identidade de gênero das pessoas que utilizam PrEP no Brasil e aprofunda a análise anterior sobre o órgão genital de nascimento, considerando que, embora 90,5% tenham nascido com pênis, em relação à identidade de gênero o número de homens é menor.

Tabela 8 – Identidade de gênero das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Homem	1.169	87,6
Homem transexual	8	0,6
Mulher	125	9,4
Mulher transexual	26	1,9
Travesti/Mulher travesti	6	0,4

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Compreende-se que, embora os dados sobre a identidade de gênero revelem uma diversidade significativa de pessoas em uso de PrEP, a grande maioria das pessoas que fazem uso da profilaxia identifica-se como homens, representando 87,6% do total. Nota-se também uma representação ligeiramente menor de mulheres comparativamente às pessoas que nasceram com vagina, de 9,5% para 9,4%.

Os homens transexuais compõem 0,6%, mulheres transexuais 1,9% e travestis/mulheres travestis 0,4% do total de usuários(as) de PrEP. Esses dados ressaltam a importância não apenas de reconhecer e respeitar a diversidade de identidades de gênero, mas de desenvolver estratégias de prevenção ao HIV direcionadas para essa população. De acordo com Spizzirri *et al.* (2021), com base em uma pesquisa por amostra segundo métodos utilizados para pesquisa de opinião do Instituto Datafolha, a proporção da população que se identifica como transgênero e não binária no Brasil corresponde a cerca de 1,9%. Entre usuários(as) de PrEP, a soma das categorias de identidade de gênero: homens trans, mulheres trans e travestis corresponde a 2,9%.

A Tabela 9 apresenta dados sobre a orientação sexual das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil.

Tabela 9 – Orientação sexual das pessoas que usam a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Heterossexual	192	14,4
Bissexual	109	8,2
Homossexual/Gay/Lésbica	1.033	77,4

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A análise desses dados revela uma predominância significativa de usuários(as) que se identificam como homossexuais, gays ou lésbicas, representando 77,4% do total. Entretanto, é necessário considerar também o público bissexual, que corresponde a 8,2% da amostra total, e a população heterossexual, de 14,4%.

Evidencia-se, contudo, que a parcela da amostra dos que se declaram como homossexuais, gays e lésbicas representa a grande maioria, com 77,4%. A diversidade na orientação sexual das pessoas que usam a PrEP destaca a importância de estratégias de conscientização que sejam acessíveis e relevantes para todos os segmentos da população.

Apesar da relevante super-representação dos segmentos homossexual e bissexual entre usuários(as) de PrEP (~85,6%), é importante recordar que, entre as pessoas diagnosticadas com HIV em 2023, 53,5% correspondiam às categorias de exposição homossexual e bissexual (Brasil, 2023).

Por fim, a Tabela 10 apresenta dados sobre a população de rua que recorreu à PrEP no Brasil.

Tabela 10 – População em situação de rua que usa a PrEP no Brasil

Variável	n	%
Sim	18	1,3
Não	1316	98,7

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados da pesquisa evidenciam que a população em situação de rua representa apenas 1,3% da amostra total, o que corresponde a 18 pessoas. A ampla maioria das pessoas incluídas no estudo, 98,7%, possuem residência. A baixa adesão à PrEP por parte da população em situação de rua pode significar que essa parcela da população não está tendo acesso a esse tipo de serviço, ou até mesmo o desconhece por completo – o que evidencia a necessidade de desenvolver estratégias específicas e abordagens adaptadas para garantir que a PrEP seja acessível e eficaz para a população em situação de rua, considerando a sua realidade. Contudo, de acordo com o censo de 2022, no Brasil existem 160.000 pessoas sem domicílio ou vivendo em domicílios improvisados. Esse número aponta para uma proporção de cerca de 80 por 100.000 habitantes, muito menor do que a encontrada entre pessoas em uso de PrEP.

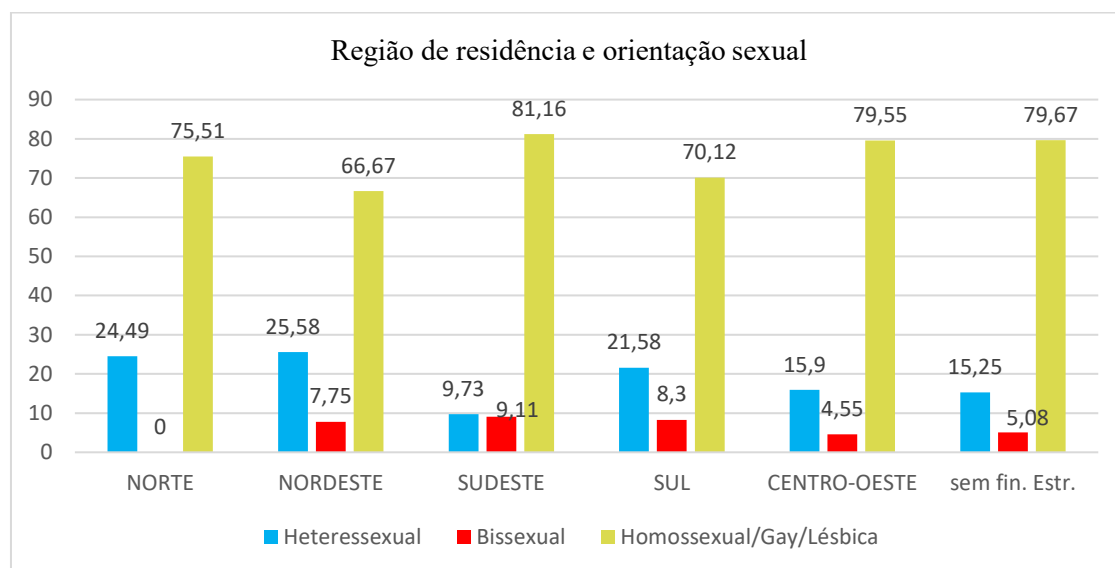
Nas páginas seguintes, serão discutidos aspectos mais pormenorizados desses quesitos, com ênfase nas variáveis de raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual.

6.2 Resultados analíticos

6.2.1 Diferenciais internos da população-chave que acessou a PrEP, com ênfase na raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual

A Figura 10 apresenta dados sobre as características sociodemográficas das pessoas que usam a PrEP nos serviços de saúde das Unidades Federativas brasileiras, segmentados segundo a orientação sexual e a macrorregião de residência, no período de 2018 a 2021. Considerando que o valor p é menor que 0,001, vemos que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas.

Figura 10 – Distribuição de usuários(as) de PrEP segundo região de residência e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 10 mostra que, em todas as macrorregiões do Brasil, entre as pessoas que utilizam a PrEP, mantém-se a predominância da orientação homossexual, variando entre dois terços no Nordeste e mais de 80% na região Sudeste. A segunda categoria mais frequente entre as pessoas em uso de PrEP corresponde aos heterossexuais, variando entre cerca de 10% no Sudeste e cerca de 26% no Nordeste. Finalmente, a categoria menos frequente corresponde à orientação bissexual, que também mostra variação entre as regiões, estando ausente na região Norte e alcançando um máximo de 9,1% na região Sudeste.

A distribuição regional das pessoas em uso de PrEP por orientação sexual se apresenta da seguinte forma:

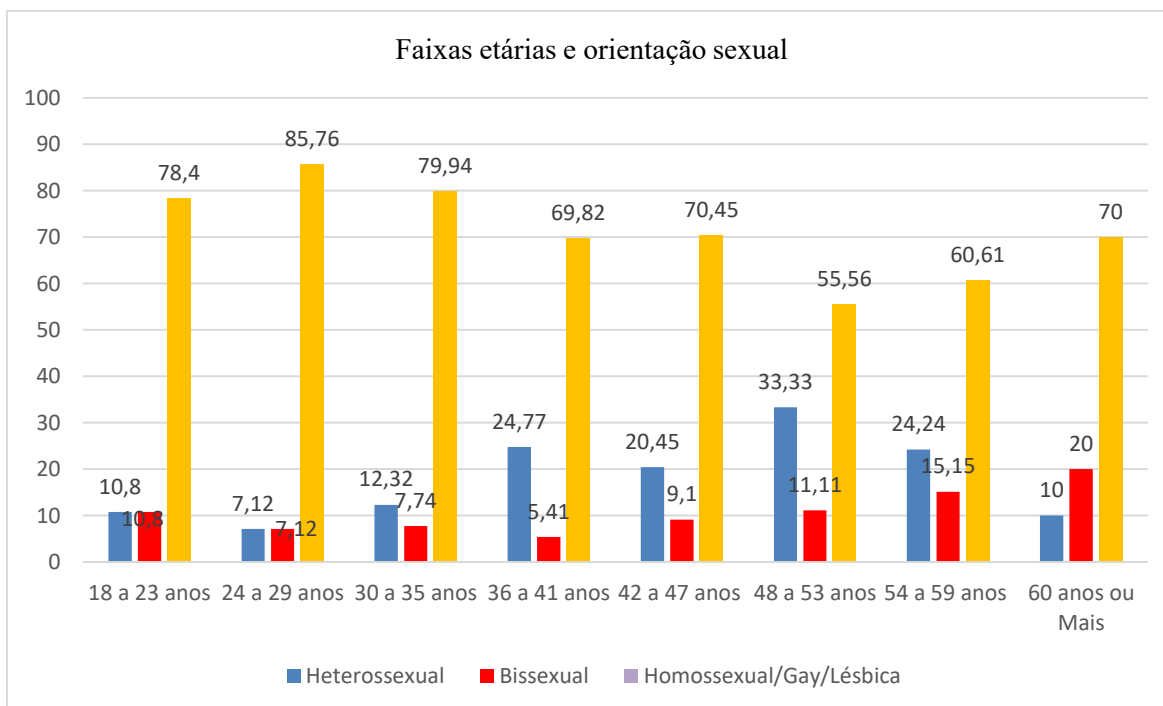
- Norte: a maioria é classificada como homossexual (75,5%), seguida de cerca de 25% de heterossexuais; a categoria bissexual está ausente nessa região.
- Nordeste: maior diversidade, com uma proporção significativa de homossexuais

(66,7%), seguidos de heterossexuais (25,6%) e bissexuais (7,8%).

- Sudeste, com os maiores números absolutos: predomínio de homossexuais (81,2%) e uma participação semelhantes de heterossexuais e bissexuais (entre 9,0 e 10,0%, respectivamente).
- Sul: os homossexuais representam a maior proporção (70,1%), seguida de heterossexuais (~21,6%) e bissexuais (8,3%).
- Centro-Oeste: predomínio da categoria homossexual (cerca de 80,0%), seguida da heterossexual (~16,0%) e bissexual (~4,6%).

A Figura 11 apresenta a distribuição das pessoas que utilizaram PrEP nos serviços de saúde dos estados brasileiros, segmentados por faixa etária e orientação sexual, no período de 2018 a 2021.

Figura 11 – Distribuição de usuários(as) de PrEP segundo faixa etária e orientação sexual



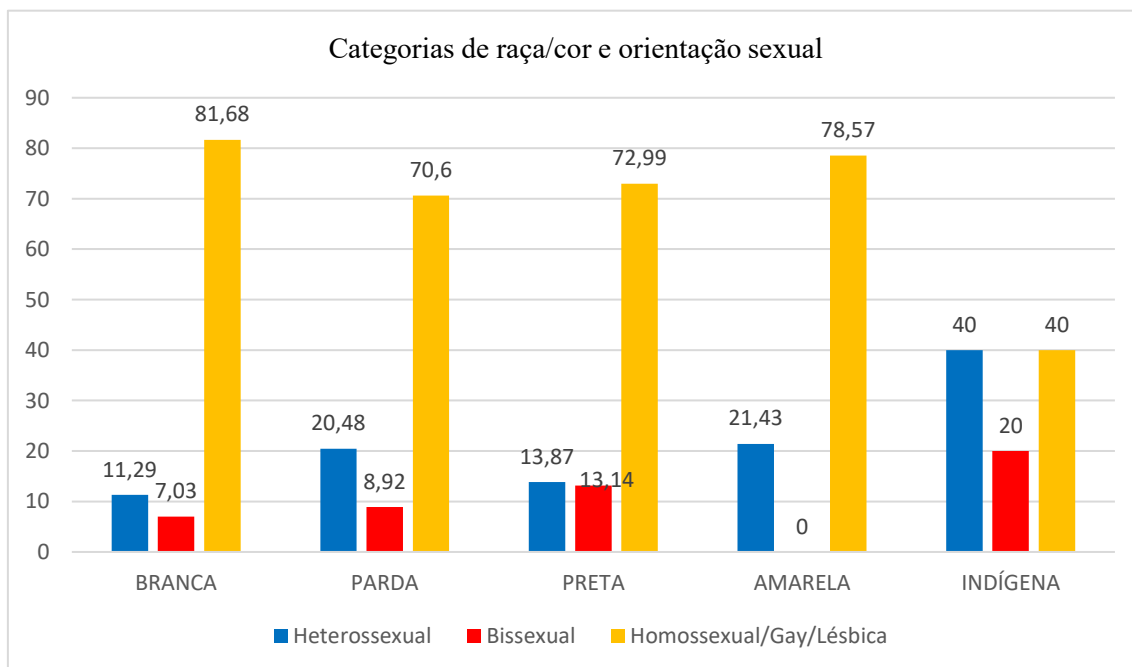
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Na Figura 11 se observa que, em todas as faixas etárias, predomina a categoria de orientação homossexual, embora com diferenças discretas que, uma vez analisadas, se revelam

estatisticamente significativas. A proporção de homossexuais varia entre cerca de 55,6% e 85,8%. Em geral, nos grupos etários com maior número de pessoas em uso de PrEP, mais de 70,0% correspondem à categoria homossexual. A segunda categoria mais frequente, correspondente à orientação heterossexual, varia entre 7,1% e um terço dos(as) usuários(as); essa última proporção, 33,3%, verifica-se na faixa de 48 a 53 anos, a mais atípica. Em geral, a presença de heterossexuais é menor entre os mais jovens. Finalmente, os bissexuais compreendem 5,4% a 20,0% dos(as) usuários(as), sendo que os menores valores se encontram entre os mais jovens.

A Figura 12 apresenta os dados de distribuição das pessoas que utilizam a PrEP no Brasil segundo raça/cor e orientação sexual.

Figura 12 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP segundo raça/cor e orientação sexual



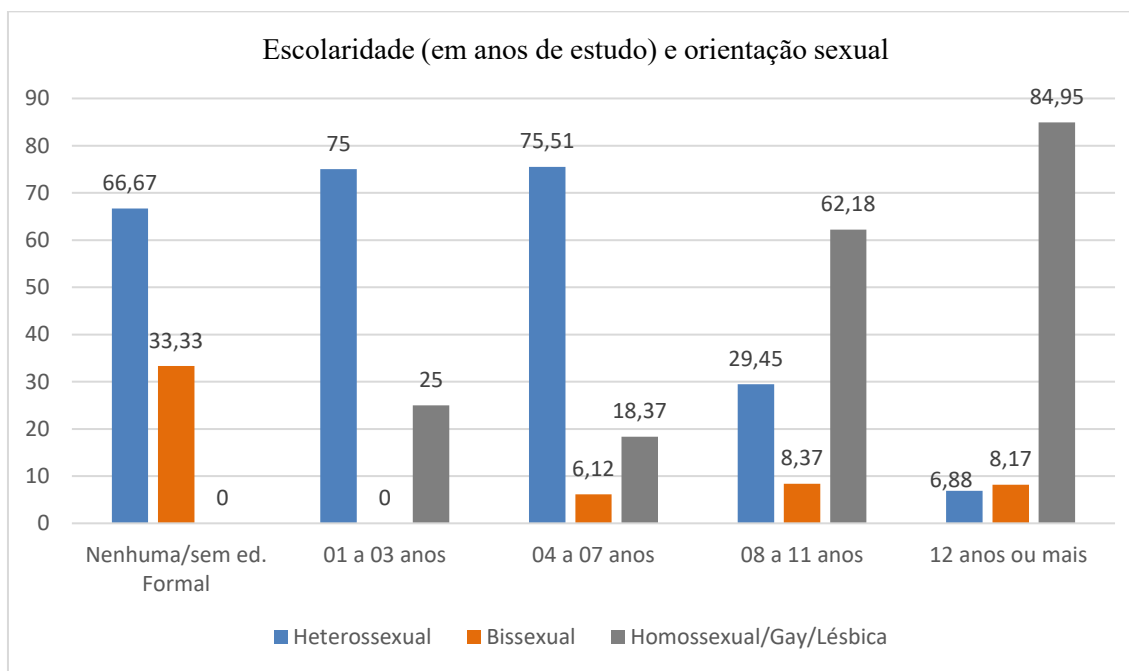
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 12 mostra que a categoria de orientação homossexual predomina em todos os grupos de raça/cor utilizados no Brasil, ainda que com algumas diferenças. Entre os grupos raciais predominantes nos(as) usuários(as), ou seja, brancos, pardos e pretos, a proporção de

homossexuais varia entre 70,6% e 81,7%, sendo que os maiores valores se encontram entre pessoas brancas. A categoria homossexual está presente em proporções mais baixas nos indígenas (40,0%), embora corresponda a um contingente pouco numeroso. A proporção de bissexuais varia de 7,0% a 13,1% entre as três raças/cores más presentes no universo de usuários(as).

Os dados sobre a distribuição de pessoas em uso de PrEP segundo escolaridade e orientação sexual no Brasil apresentam-se na Figura 13.

Figura 13 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo escolaridade e orientação sexual



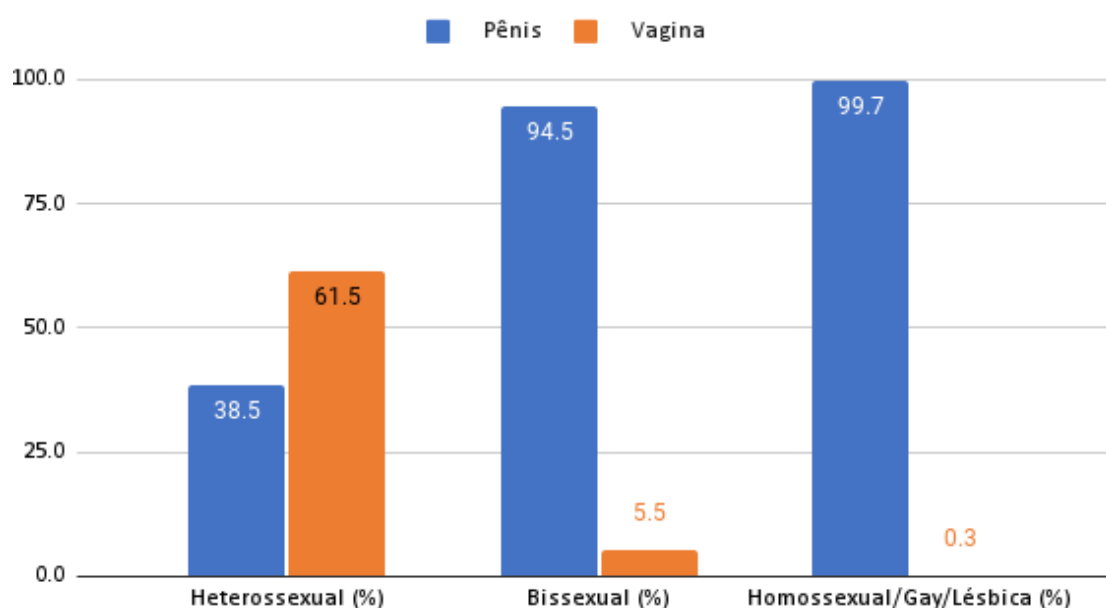
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 13 revela um cenário muito diferente para a variável orientação sexual com relação à escolaridade das pessoas em uso de PrEP, pois, por um lado, entre pessoas com baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo), predomina a orientação heterossexual, variando entre dois terços e três quartos dos(as) usuários(as). É necessário lembrar que a baixa escolaridade é minoria no universo total de usuários(as). Por outro lado, entre as pessoas com mais de oito anos de escolaridade, o que inclui os que concluíram a escola primária ou ensino fundamental completo, o ensino médio e os estudos universitários, passa a predominar a

categoria homossexual, variando entre 62,2% e cerca de 85,0%. Enfatiza-se que as pessoas com mais escolaridade compõem a maioria dos(as) usuários(as) de PrEP no país.

A Figura 14 apresenta dados sobre o órgão genital de nascimento, e a Tabela 11 agrega informações sobre identidade de gênero.

Figura 14 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo o órgão genital de nascimento e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Na Tabela 14, verifica-se que a população cujo órgão genital de nascimento é a vagina corresponde a 61,5% do total do grupo de heterossexuais em uso de PrEP, ou seja, 118 pessoas, enquanto que as pessoas heterossexuais com pênis ao nascer representam somente 38,5% desse total. Por outro lado, as pessoas que têm a vagina como órgão genital de nascimento constituem apenas 5,5% das pessoas bissexuais e 0,3% dos homossexuais, gays e lésbicas. Portanto, um total de 127 pessoas da amostra nasceram com vagina como órgão genital. Quanto à população cujo órgão genital de nascimento é o pênis, a maioria significativa se encontra entre os bissexuais (103 pessoas) e homossexuais, gays e lésbicas (1.030 pessoas).

Tabela 11 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo órgão genital de nascimento e identidade de gênero

Variável	Heterossexual		Bissexual		Homossexual/ Gay/Lésbica		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Órgão genital de nascimento							
Pênis	74	38,5	103	94,5	1.030	99,7	<0,001
Vagina	118	61,5	6	5,5	3	0,3	
Identidade de gênero							
Homem	54	28,1	101	92,7	1.014	98,2	<0,001
Homem transexual	4	2,1	1	0,9	3	0,3	
Mulher	116	60,4	6	5,5	3	0,3	
Mulher transexual	17	8,9	0	0,0	9	0,9	
Travesti/Mulher travesti	1	0,5	1	0,9	4	0,4	

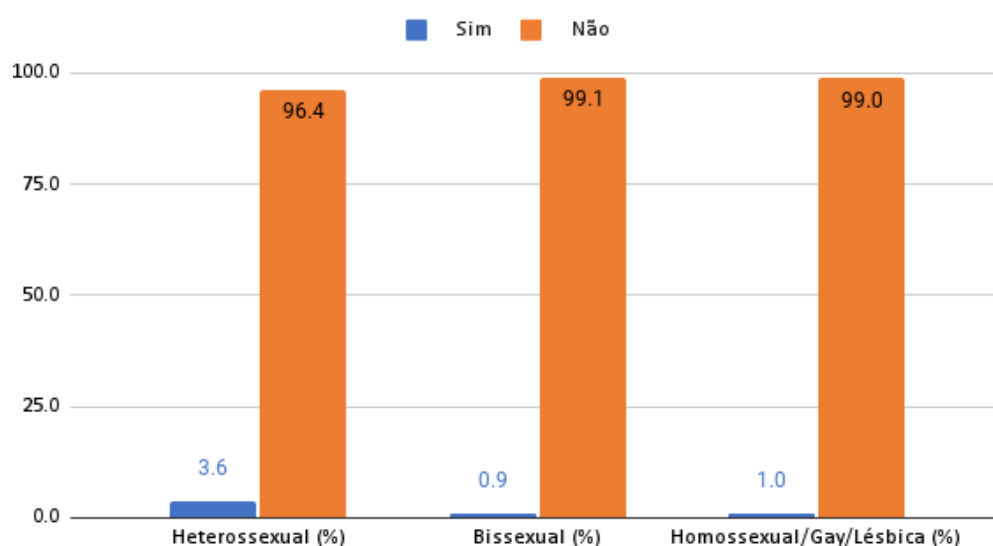
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A tabela revela um cenário muito distinto para a categoria de gênero em relação à PrEP, vez que o número de pessoas que nasceram com o órgão genital masculino é de 74. Em relação à identidade de gênero, apenas 54 identificam-se como homens; entretanto, é muito difícil correlacionar os outros 20, considerando a multiplicidade de identidades de gênero. Por exemplo, 118 pessoas nasceram com o órgão vagina; porém, da mesma forma, o número de pessoas heterossexuais que se identificam com o gênero mulher diminuiu.

Em relação aos bissexuais, dentre as 103 pessoas que nasceram com pênis, 101 se identificam como homens; por outro lado, todas as seis pessoas bissexuais que nasceram com vagina identificam-se como mulheres. Em relação à população de homossexuais, gays e lésbicas, dos 1.030 indivíduos que nasceram com pênis, somente 1.014 identificam-se como homens, isto é, 16 indivíduos identificam-se com outros gêneros. Três pessoas do grupo de homossexuais, gays e lésbicas que nasceram com órgão genital vagina, porém, não necessariamente são as mesmas três que se identificam como mulheres.

A informação sobre situação de rua e orientação sexual das pessoas em uso de PrEP no Brasil apresenta-se na Figura 15.

Figura 15 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo situação de moradia (pessoas em situação de rua) e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados da figura mostram que, proporcionalmente, a maioria das pessoas que usam PrEP em situação de rua no Brasil são heterossexuais (96,4%), enquanto as proporções de bissexuais (0,92%) e homossexuais/gays/lésbicas (0,97%) são ainda menores. Todavia, cabe esclarecer que, ao analisar os dados brutos, observa-se que 185 pessoas heterossexuais e 1.023 homossexuais, gays e lésbicas não vivem em situação de rua, o que explica o fato de que, percentualmente, o número de heterossexuais em situação de rua seja maior, embora numericamente seja menor em comparação com o total de homossexuais, gays e lésbicas. A diferença entre as proporções de pessoas heterossexuais e não heterossexuais é estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Tal implica que é muito improvável que a diferença se deva ao acaso.

6.2.2 Análise do número de dispensações de PrEP no período do estudo para estabelecer comparações entre diversas variáveis sociodemográficas

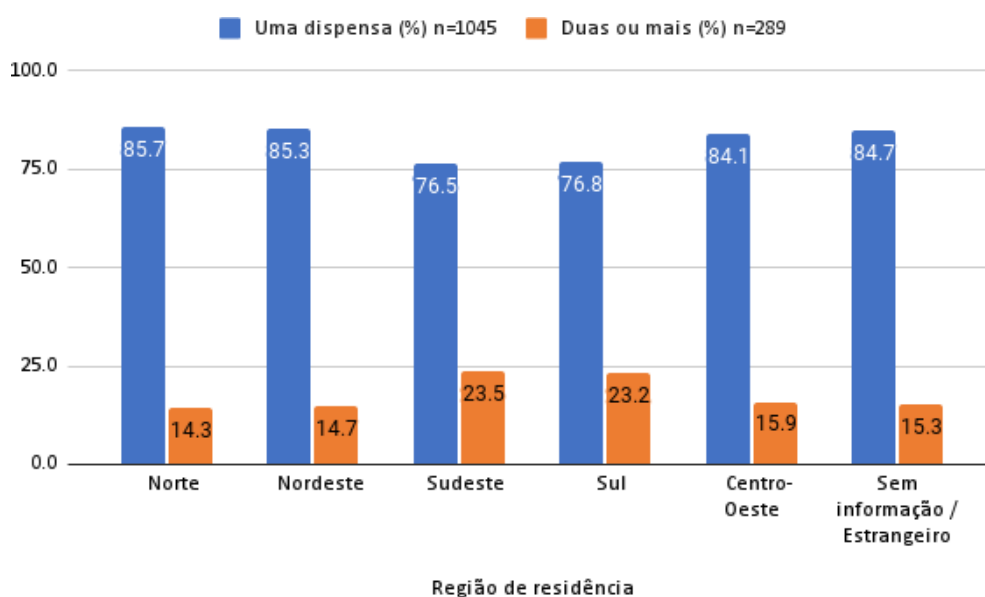
É fato inegável que a PrEP é uma estratégia eficaz para a prevenção da infecção pelo HIV; entretanto, é importante monitorar a incidência de outras infecções sexualmente

transmissíveis (IST) entre a população que utiliza essa profilaxia, considerando que, embora a PrEP reduza o risco de infecção pelo HIV, ela não protege contra outras IST. Isso também constitui uma oportunidade para analisar o número de dispensações oferecidas. Partindo dessas considerações, o objetivo da presente seção é analisar a incidência de notificações de casos de ISTs entre a população-chave que utilizou a PrEP entre 2018 y 2021.

Os dados utilizados para essa análise foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que vem a ser um sistema de informação do Ministério da Saúde que coleta dados sobre agravos à saúde, incluindo IST.

Os resultados da análise foram aqui apresentados em tabelas e gráficos, permitindo uma comparação entre os anos e os segmentos dessa população. Tais achados poderão contribuir para a compreensão da efetividade da PrEP na prevenção de IST, assim como servir de base para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle dessas infecções entre a população chave.

Figura 16 – Distribuição dos(as) usuá(r)ios(as) de PrEP no Brasil segundo região de residência e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

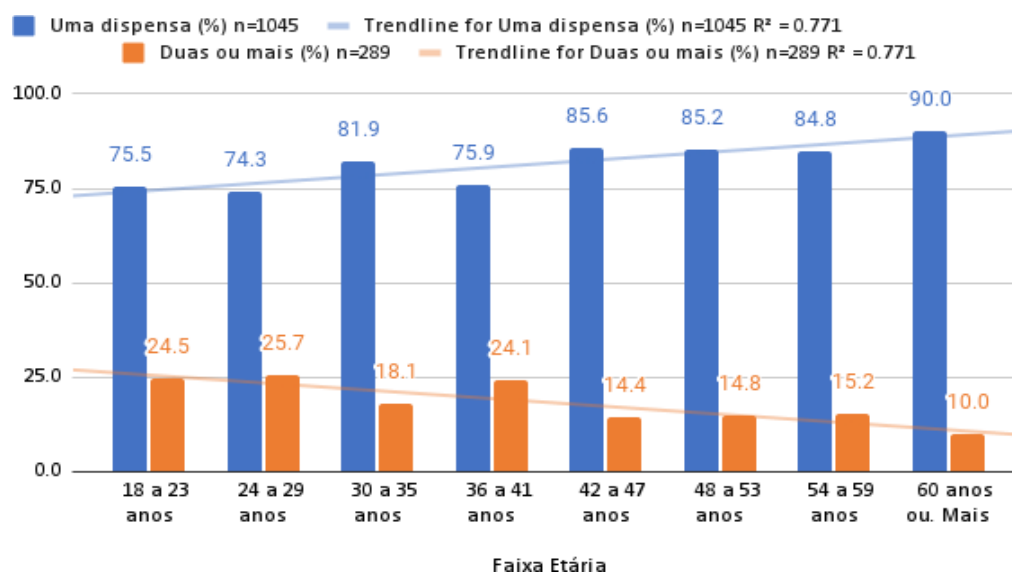
Na Figura 16 observa-se que, para todas as regiões, o número de dispensações únicas de PrEP foi maior em comparação com duas ou mais dispensações. Com a exceção das regiões Sudeste e Sul, a proporção entre as dispensações únicas foi similar. Levando em consideração

os números totais, a região Sudeste tem a maior diferença, com 621 (76,5%) das pessoas recebendo uma dispensação e 191 (23,5%) recebendo duas ou mais dispensações.

As regiões Norte (85,7%/14,3%) e Nordeste (85,3%/14,7%) têm proporções semelhantes entre uma e duas ou mais dispensações, embora os números sejam significativamente diferentes, uma vez que 49 pessoas são do Norte e 129 são do Nordeste.

A observação de que a maioria das regiões tem uma proporção maior de usuários(a) com uma dispensação pode sugerir possíveis desafios na adesão ao tratamento em longo prazo.

Figura 17 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo idade e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Em relação à análise da Figura 17, que mostra a correlação entre faixa etária e as dispensações de PrEP, o primeiro dado que chama a atenção é o fato de que o número de primeiras dispensações se eleva com a idade; entretanto, em relação à segunda dispensação ou mais, o número se reduz com a idade. Nesse sentido, é possível supor que as práticas com uso de medidas de proteção como a PrEP aumentam com a idade, contribuindo assim para o aumento no número de dispensações; entretanto, também é possível supor que a formação de um relacionamento estável pode levar à falsa percepção de segurança e de que existe um risco menor de infecção pelo HIV.

Mais estudos adicionais são necessários para obter uma compreensão mais completa do motivo pelo qual as pessoas interrompem o uso da PrEP.

Analisando a diferença entre a primeira e a segunda dispensação em cada faixa etária, é possível extrair as seguintes conclusões:

- 18 a 23 anos: 75,5% - 24,5% = 51%
- 24 a 29 anos: 74,3% a 25,7% = 48,6%
- 30 a 35 anos: 81,9% a 18,1% = 63,8%
- 36 a 41 anos: 75,9% a 24,1% = 51,8%
- 42 a 47 anos: 85,6% a 14,4% = 71,2%
- 48 a 53 anos: 85,2% a 14,8% = 70,4%
- 54 a 59 anos: 84,8% a 15,2% = 69,6%
- 60 anos ou mais: 90,0% a 10,0% = 80,0%

Portanto, a maior diferença entre a primeira e a segunda dispensação ocorre na faixa etária de 60 anos ou mais, com 80,0%, e a menor diferença ocorre na faixa etária de 24 a 29 anos, com 48,6%, considerando que, para a faixa etária de 18 a 23 anos, a diferença foi de 51%.

Tabela 12 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo raça/cor e número de dispensações

Raça/cor	Uma dispensação (n = 1.045)		Duas ou mais dispensações (n = 289)	
	n	%	n	%
Branca	619	77,7	178	22,3
Parda	299	78,5	82	21,5
Preta	110	80,3	27	19,7
Amarela	13	92,9	1	7,1
Indígena	4	80,0	1	20,0

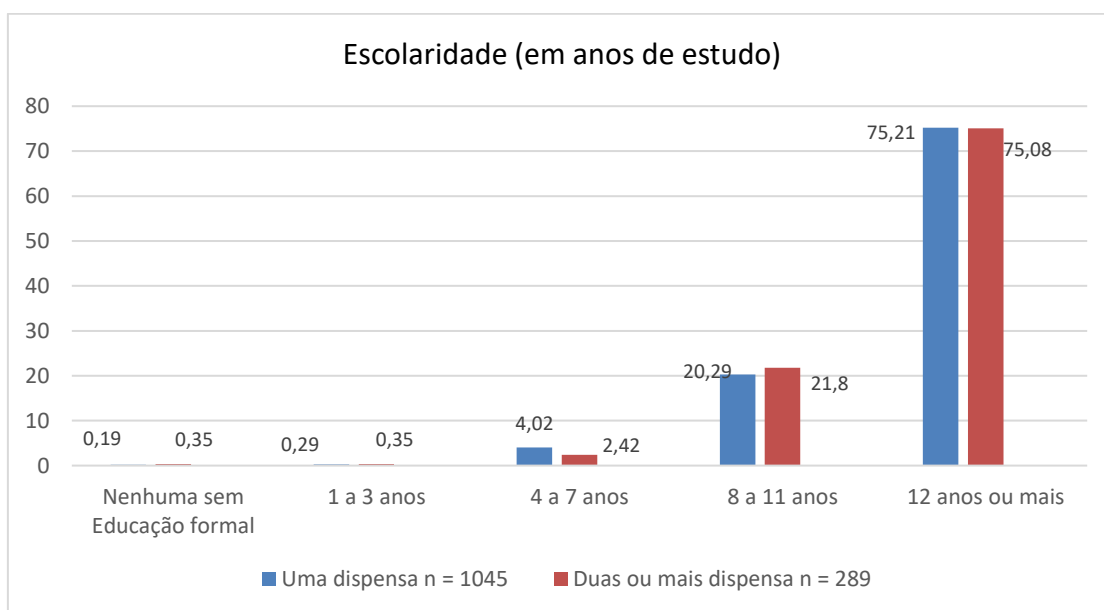
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Tabela 12 mostra que, no período analisado, e considerando apenas os valores totais, a população branca foi a que teve o maior número de dispensações únicas (n=619) e de duas ou

mais dispensações (n=178); por sua vez, as pessoas que se declararam como pardas ficaram em segundo lugar (299/82), e as pessoas pretas, em terceiro (110/27). Proporcionalmente, 92,9% das pessoas autodeclaradas amarelas acessaram uma dispensação e apenas uma de 13 pessoas acessou duas ou mais dispensações, enquanto entre os brancos 77,7% acessaram a primeira dispensação e 22,3% acessaram a segunda, representando a menor variação.

Compreende-se que as disparidades socioeconômicas podem influenciar a busca contínua dos serviços de saúde, impactando o acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de infecções e doenças. Nesse caso da dispensação de PrEP, repete-se um padrão histórico no Brasil de que, quanto mais escura for a cor da pele, independentemente do gênero e da orientação sexual, menor será a facilidade de acesso à saúde.

Figura 18 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo escolaridade (em anos de estudo) e número de dispensações



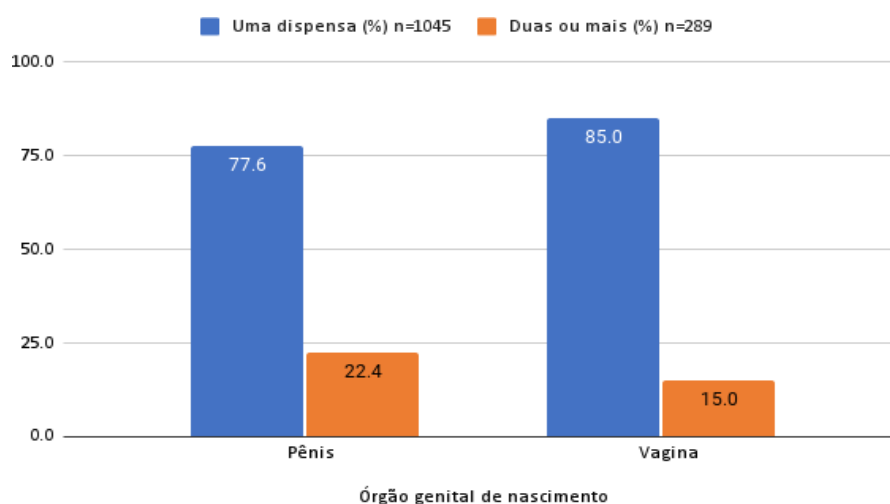
Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A análise da Figura 18 traz importante compreensão sobre os padrões de dispensação da PrEP, pois fica explicitado que a taxa de dispensações aumenta com o nível de escolaridade, o que é verdadeiro tanto para a primeira dispensação quanto para duas ou mais, sendo que percentualmente usuários(as) com quatro a sete anos de estudo apresentam taxa de dispensações de 4,2 na categoria de uma dispensação, e de 2,42 na segunda, evidenciando que houve uma descontinuidade, e numericamente a grande maioria da amostra esteja presente na categoria

12 anos ou mais de estudo, tanto para uma quanto para duas ou mais, ou seja 75,21 e 75,8 respectivamente.

Portanto, é possível concluir ainda que ao comparar as pessoas que fizeram uso da primeira dispensação e da segunda ou mais, com até 3 anos de estudo, não houve grandes diferenças, mas as com 4 a 7 anos de estudos, a maioria fez uso de uma dispensação. De 8 a 11 anos de estudos, não ocorreu grandes diferenças entre a número de dispensações, demonstrando uma continuidade. Em relação as pessoas com 12anos quando comparado aos outros anos, ficou evidenciado que existe uma intensa correlação entre escolaridade e acesso à PrEP, independente de uma, duas ou mais dispensações, a progressão é crescente.

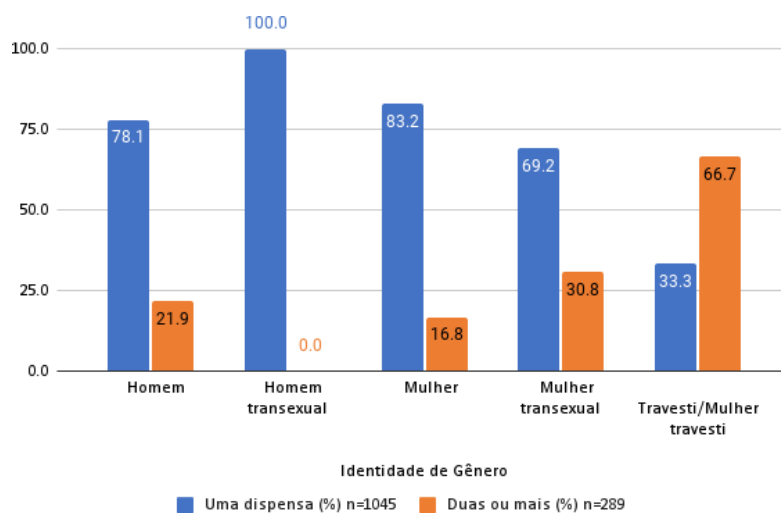
Figura 19 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo órgão genital de nascimento e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Analisando a Figura 19, é possível constatar que entre as pessoas cujo órgão genital de nascimento é a vagina, 85% acessaram uma única dispensação, e entre aqueles em que o pênis é o órgão genital de nascimento, 77,6% acessaram a dispensação única, um valor proporcionalmente menor. Por outro lado, os indivíduos que nasceram com pênis acessaram um número maior de dispensações posteriores.

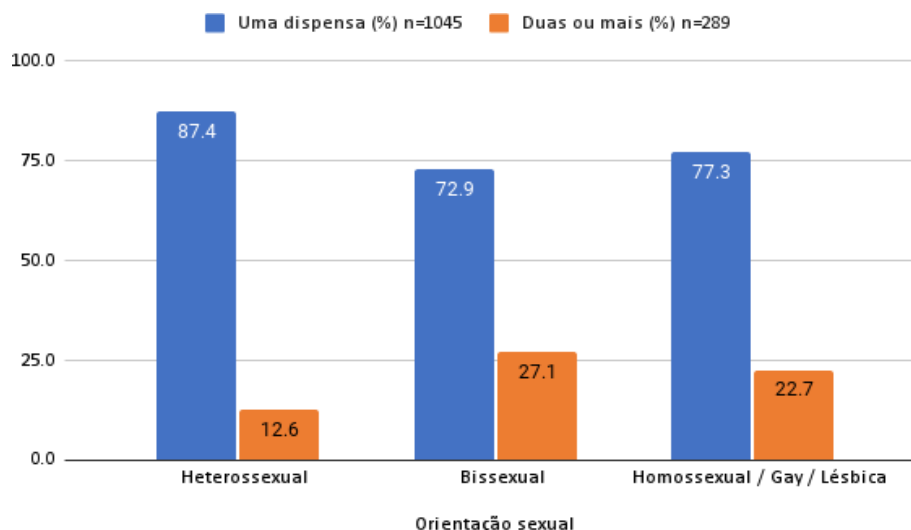
Figura 20 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo identidade de gênero e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 20, que propõe uma correlação entre identidade de gênero e dispensação de PrEP, apresenta padrões interessantes. Entre a população travesti, o número de duas ou mais dispensações foi maior que o de uma dispensação; entretanto, é necessário levar em consideração o número reduzido de seis travestis ao todo. Por outro lado, dos oito homens transsexuais, nenhum deles acessou duas ou mais dispensações. Entre aqueles que se identificam como homens e como mulheres a proporção é muito similar, respectivamente (78,1%/21,9% e 83,2%/16,8%).

Figura 21 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo orientação sexual e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 21 mostra que o percentual de bissexuais que acessaram duas ou mais dispensações de PrEP é maior comparativamente a outras orientações sexuais. Um ponto importante a considerar é que o número de bissexuais (n=118) é menor que o de heterossexuais (n=183) e o de homossexuais, gays e lésbicas (n=1.233). Não há uma interpretação para o fato de que, pelos dados, a categoria de gênero bissexuais acessa duas ou mais dispensações, ou o sobre o que os motiva a recorrer mais à profilaxia em comparação com os heterossexuais, dos quais apenas 12,6% recorreram a duas ou mais dispensações.

Tabela 13 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo nacionalidade e número de dispensações

Nacionalidade	Uma dispensação (n = 1045)		Duas ou mais dispensações (n = 289)		p-valor
	n	%	n	%	
Brasileira	1022	78,1	287	21,9	0,153
Estrangeira	23	92,0	2	8,0	

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Guardadas as devidas proporções, a Tabela 13 sugere que os(as) brasileiros(as) tiveram maior acesso a duas ou mais dispensações, comparativamente às pessoas estrangeiras (respectivamente, 78,1% e 21,9%).

Tabela 14 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo situação de moradia (pessoas em situação de rua) e orientação sexual

Situação de rua	Uma dispensação (n = 1045)		Duas ou mais dispensações (n = 289)		p-valor
Sim	14	77,8	4	22,2	1,000
Não	1.031	78,3	285	21,7	

Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

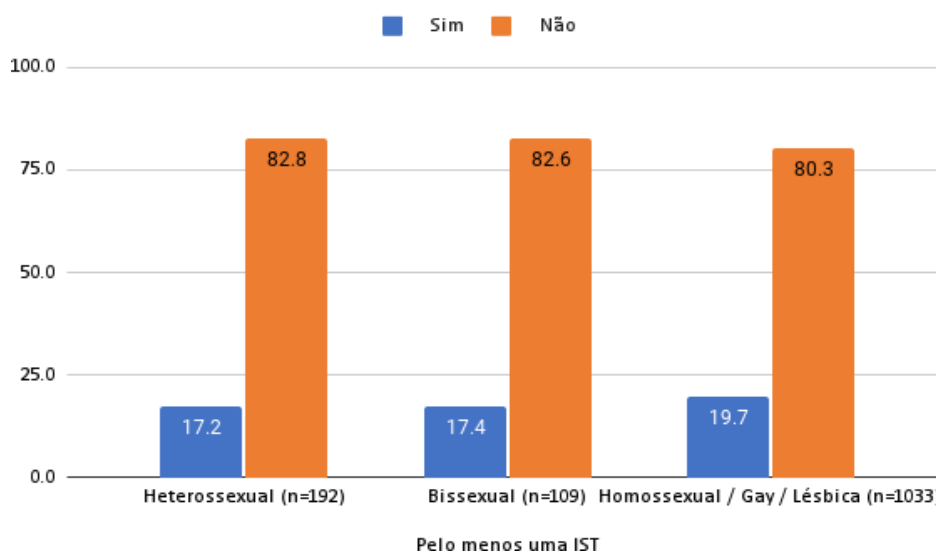
A Tabela 14 expressa um caso em que a proporção foi similar, a despeito da diferença numérica entre um grupo e outro. Embora o conjunto de pessoas em situação de rua que usaram a PrEP seja de 18 pessoas, e o de pessoas que não se encontram nessa situação, de 1.316 indivíduos, 22,2% das pessoas em situação de rua e 21,7% das pessoas que não estão nessa situação recorreram à profilaxia duas ou mais vezes.

Isso permite supor que pessoas em situação de rua possuem mais facilidade de acesso ou nível de conscientização em relação à importância da profilaxia.

6.2.3 Correlações entre histórico de IST entre a população-chave que utilizou a PrEP no período do estudo e orientação sexual

Neste item, serão analisadas as correlações fundamentais entre o histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) na população-chave que adotou a PrEP durante o período entre 2018 e 2021 e a respectiva orientação sexual. Ao investigar esses elementos interconectados, é possível compreender melhor algumas práticas da população de acordo com o histórico de IST e refletir sobre estratégias para o aprimoramento das ações de saúde pública e intervenções direcionadas à população em questão.

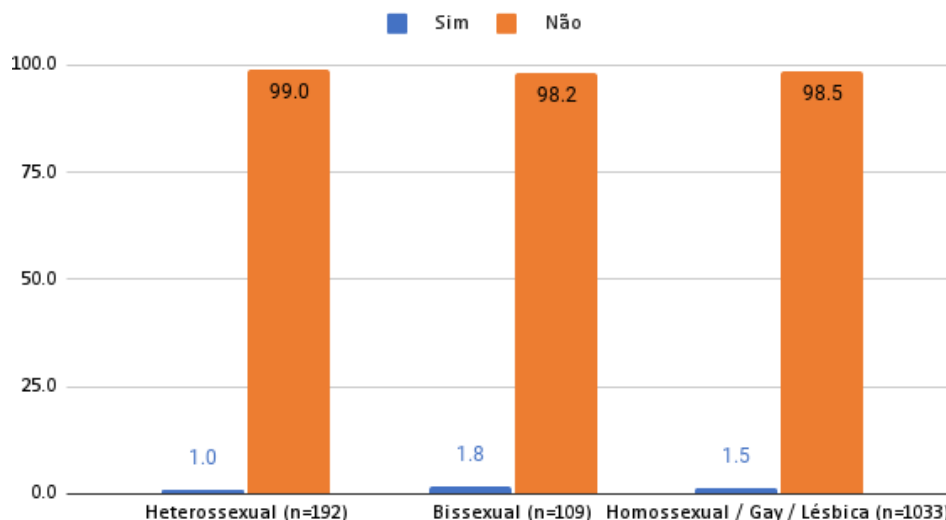
Figura 22 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de ao menos uma IST e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Segundo a Figura 22, analisando os dados referentes à prevalência de pelo menos uma IST, verifica-se que um padrão se repete entre os grupos de heterossexuais, de bissexuais e de homossexuais/gays/lésbicas, mesmo com tamanhos diferentes de amostra, considerando um p-valor de 0,631. É possível observar proporções muito similares entre as pessoas que não têm ou têm uma IST nos três grupos (respectivamente, 82,8%/17,2%, 82,6%/17,4% e 80,3%/19,7%). O que é possível concluir é que a grande maioria das pessoas que recorre à PrEP como uma estratégia de prevenção ao HIV não possui IST, o que pode ser observado em proporções similares entre os grupos analisados. De uma amostra total de 1.334 pessoas, apenas 256 possuem uma IST.

Figura 23 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de feridas na vagina/pênis e orientação sexual

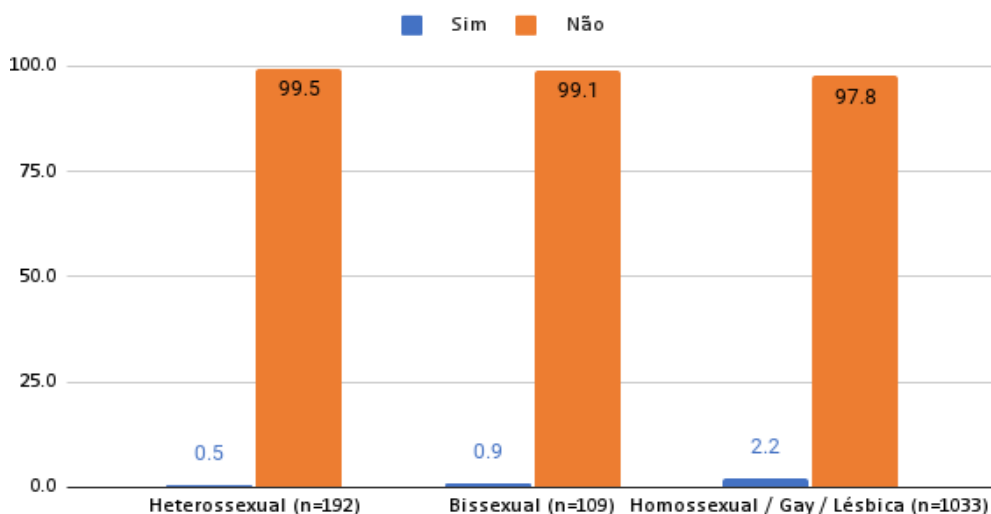


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 23 mostra que os dados relativos a feridas na vagina ou no pênis revelam que uma parcela mínima da amostra apresentava esse quadro quando acessou a PrEP; tal interesse se justificaria, considerando que feridas são portas de entrada para as IST.

De acordo com os dados, a prevalência de feridas foi maior entre pessoas bissexuais e menor entre os heterossexuais, o que pode ser possivelmente explicado pelas práticas sexuais que não envolvem necessariamente penetração fálica.

Figura 24 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de feridas no ânus e orientação sexual

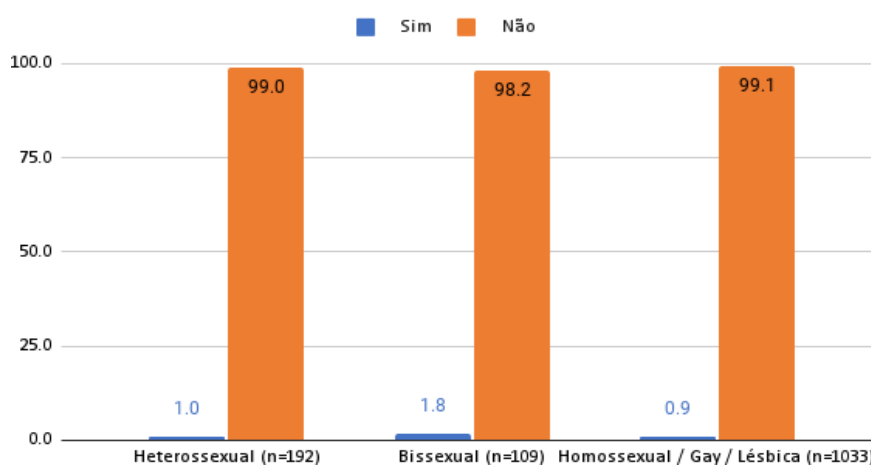


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados para feridas no ânus (Figura 24) apresentam diferença, embora pequena, entre as orientações sexuais das pessoas que usam PrEP, considerando que a prevalência de feridas no ânus se revelou maior entre homossexuais, gays e lésbicas, comparativamente aos bissexuais e heterossexuais, que apresentaram um único caso cada.

Mesmo entre homossexuais, gays e lésbicas, apenas 2,2% apresentavam esse quadro quando recorreram às dispensações de profilaxia.

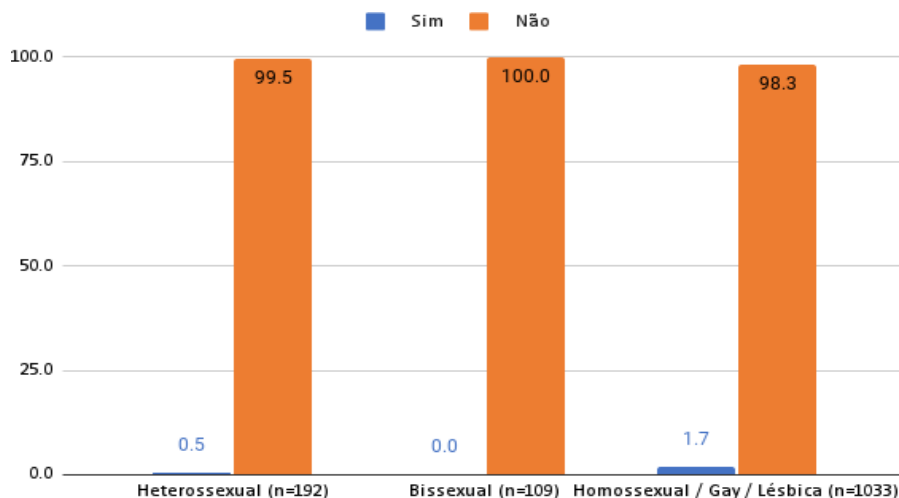
Figura 25 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de verrugas na vagina/pênis e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Em relação à presença de verrugas entre as pessoas em uso de PrEP (Figura 25), percentualmente a prevalência dessa afecção se mostrou mais elevada entre os bissexuais, ao menos proporcionalmente, pois o mesmo número de heterossexuais e bissexuais apresentaram esse quadro ao recorrer a dispensações profiláticas (n=2). Quanto aos homossexuais, nove pessoas apresentaram essa condição, mas estas perfazem apenas 0,9% da amostra de 1.024 pessoas.

Figura 26 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de verrugas no ânus e orientação sexual

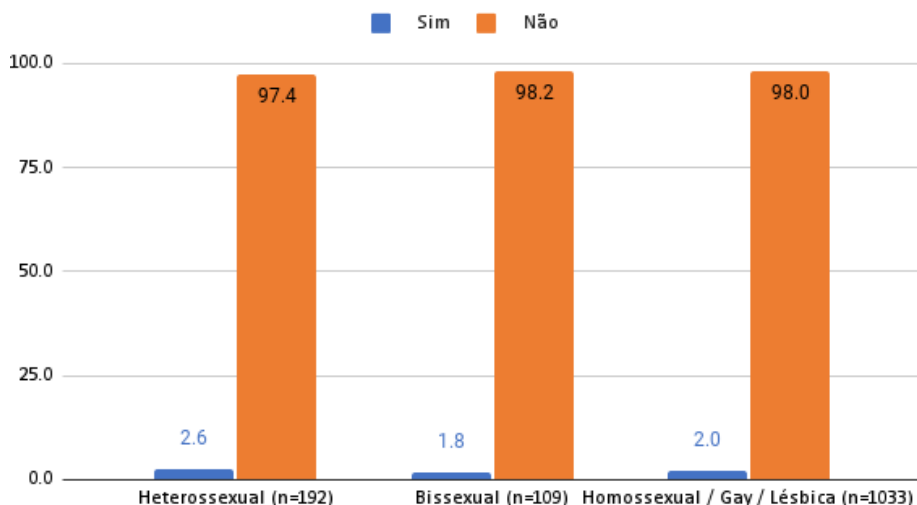


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados sobre verrugas no ânus, conforme a Figura 26, apresentam um padrão bem similar ao de feridas no ânus, corroborando a noção de que homossexuais, gays e lésbicas em uso de PrEP estão mais sujeitos a esse quadro.

Do total de 1.015 pessoas, 18 (1,7%) possuíam verrugas no ânus no momento em que recorreram à PrEP no período analisado.

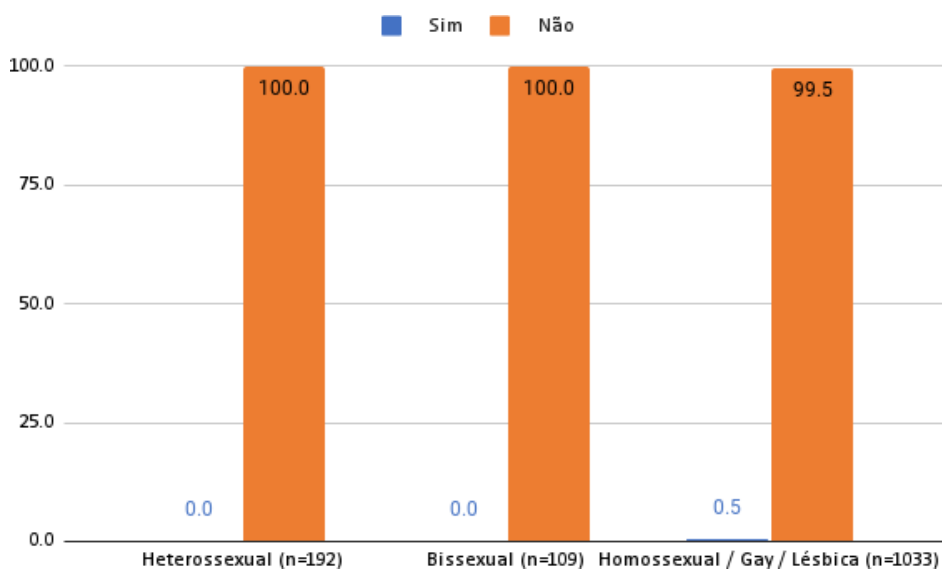
Figura 27 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de pequenas bolhas na vagina ou pênis e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A prevalência de pequenas bolhas na vagina ou pênis (Figura 27) é a terceira maior para os parâmetros avaliados, atrás apenas de corrimento vaginal e diagnóstico de sífilis. Proporcionalmente, esse quadro foi mais observado entre os heterossexuais, com 2,6% (cinco pessoas), enquanto homossexuais, gays e lésbicas correspondem a 2,0% (21 pessoas) e bissexuais a 1,8% (duas pessoas).

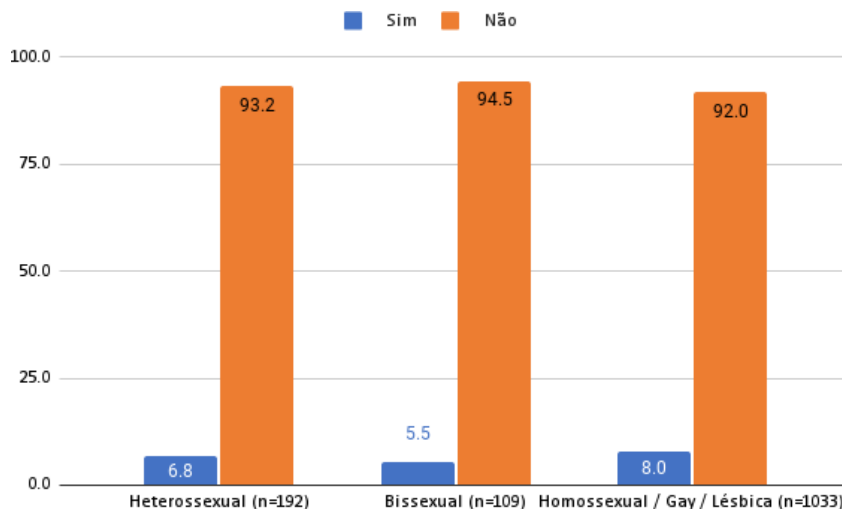
Figura 28 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo prevalência de pequenas bolhas no ânus e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Mais uma vez o padrão se repete, embora com pouca expressividade, em relação a feridas presentes no ânus entre a população homossexual, gay e lésbica (Figura 28); cinco casos foram observados nesse público, e nenhum entre heterossexuais e bissexuais.

Figura 29 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de sífilis e orientação sexual

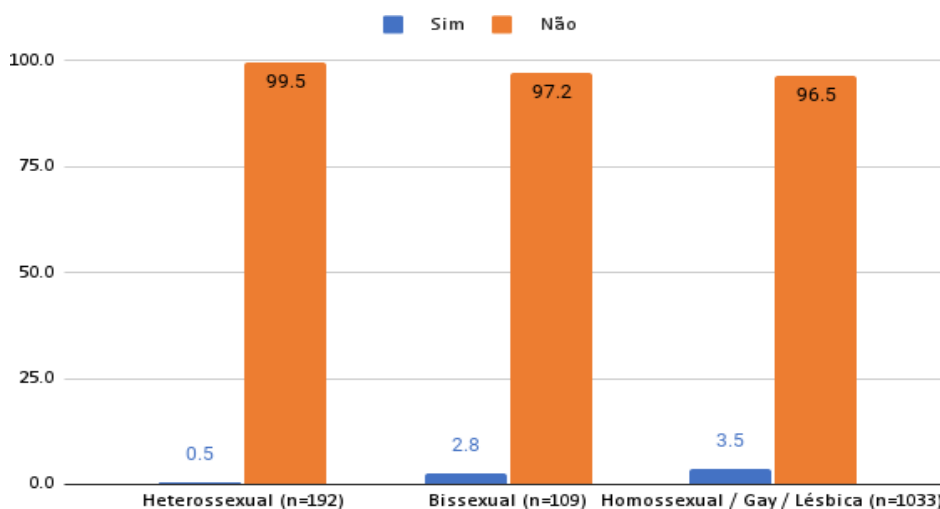


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

De acordo com a Figura 29, a sífilis foi a IST mais identificada entre a população da amostra, com porcentagens que chegam a 8% entre os homossexuais e 6,8% entre os heterossexuais. Os dados mostram que 13 de 192 heterossexuais e 83 de 1.033 homossexuais, gays e lésbicas possuíam esse diagnóstico.

Por fim, o último quesito da presente etapa trata do diagnóstico de gonorreia, cuja prevalência foi inferior à de sífilis.

Figura 30 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de diagnóstico de gonorreia e orientação sexual



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

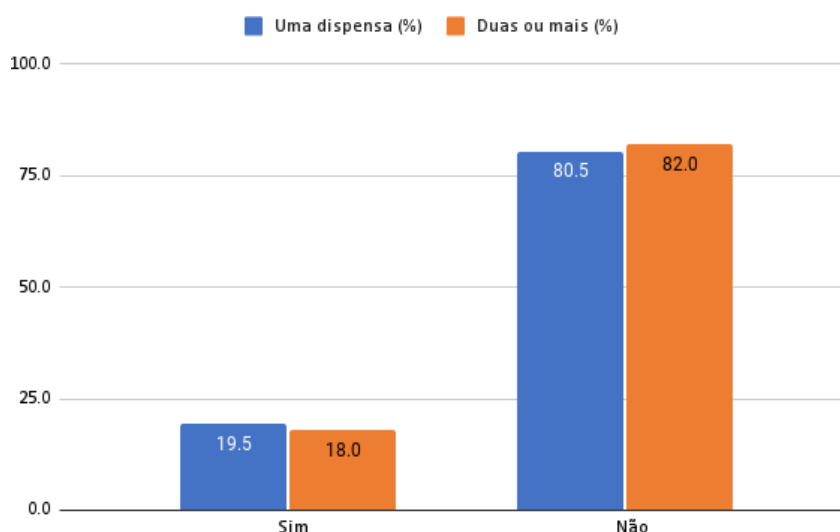
O percentual para o diagnóstico de gonorreia foi bastante distinto para cada orientação sexual, com prevalência mais elevada entre os homossexuais, gays e lésbicas (3,5%). Entre a população bissexual, a prevalência foi de 2,8%, e entre os heterossexuais, de 0,5% (Figura 30).

6.2.4 Correlações entre histórico de IST entre a população-chave que utilizou a PrEP no período do estudo e número de dispensações

Neste tópico, serão exploradas as correlações fundamentais entre o histórico de IST na população-chave que adotou a PrEP durante o período entre 2018 e 2021 e o número de dispensações da profilaxia.

Ao investigar esses elementos interconectados, é possível compreender melhor o comportamento da população de acordo com o histórico de IST e oferecer uma contribuição para o aprimoramento de estratégias de saúde pública e intervenções direcionadas à população em questão. Dos participantes do estudo, 1.045, ou 78,3% do total, receberam uma dispensação de PrEP, e 289 participantes, ou 21,7% do total, receberam duas ou mais dispensações de PrEP.

Figura 31 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo histórico de pelo menos uma IST e número de dispensações

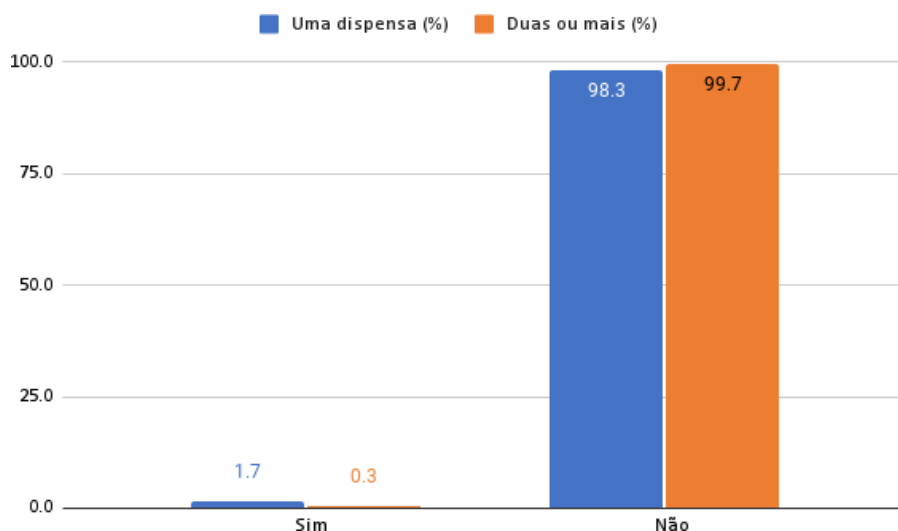


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os resultados expressos na Figura 31 indicam a distribuição dos participantes em relação à presença de pelo menos uma IST e ao número de dispensações de PrEP. O p-valor de 0,617 sugere, com base nos dados disponíveis, não haver evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula de que não há associação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

Dos participantes do estudo, 204 (19,5% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e apresentaram pelo menos uma IST; 52 participantes (18,0% do total) receberam duas ou mais dispensações de PrEP e apresentaram pelo menos uma IST; 841 participantes (80,5% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e não apresentaram nenhuma IST; e 237 participantes (82,0% do total) receberam duas ou mais dispensações de PrEP e não apresentaram nenhuma IST.

Figura 32 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de ferida no órgão genital (feminino ou masculino) e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

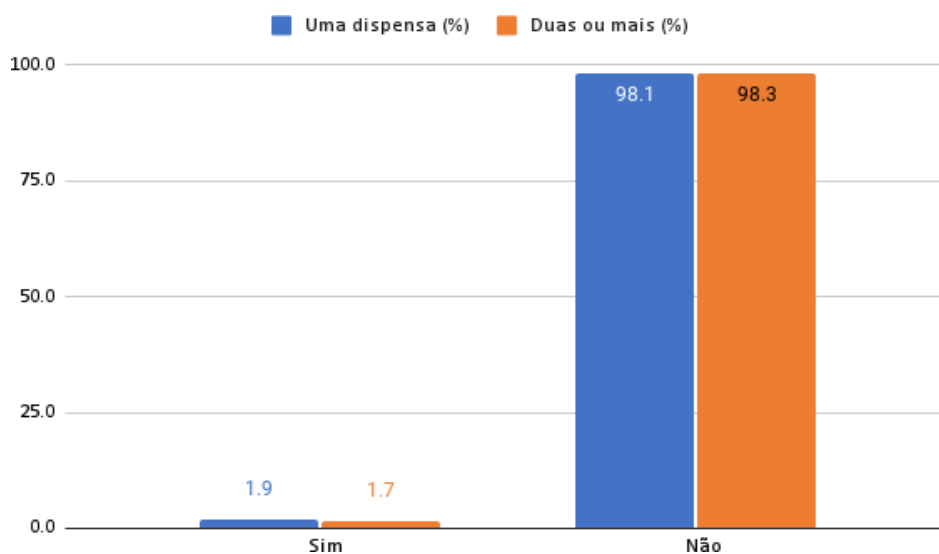
Os dados fornecidos na Figura 32 referem-se à presença de ferida no órgão genital (feminino ou masculino) em relação ao número de dispensações de PrEP, juntamente com os percentuais e as contagens para cada categoria.

Da mesma forma que no caso anterior, o p-valor de 0,142 sugere, com base nos dados disponíveis, não haver evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula de que não há associação estatisticamente significativa entre a presença de ferida no órgão genital e o número de dispensações de PrEP.

Observa-se que 18 pessoas (1,7% do total) que receberam pelo menos uma dispensação

de PrEP relataram ter uma ferida no órgão genital. Uma pessoa (0,3% do total) recebeu duas ou mais dispensações e relatou ter uma ferida no órgão genital. Observa-se não terem reportado ferida no órgão genital 1.027 pessoas (98,3% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 288 pessoas (99,7% do total) que receberam duas ou mais dispensações de PrEP.

Figura 33 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de feridas no ânus e número de dispensações

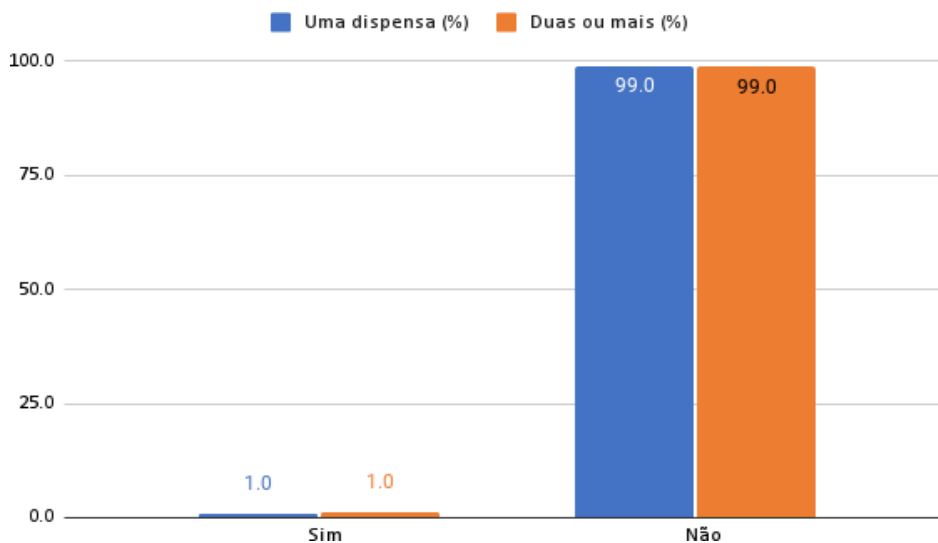


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

As informações da Figura 33 referem-se à presença de ferida no ânus. Dado o p-valor de 1,000, não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula de que não há associação estatisticamente significativa entre a presença de ferida no ânus e o número de dispensações de PrEP. Portanto, compreende-se, com base nos dados disponíveis, que não parece haver uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Relataram ter ferida no ânus 20 pessoas (1,9% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e cinco pessoas (1,7% do total) que receberam duas ou mais dispensações da profilaxia.

Por outro lado, 1.025 participantes (98,1% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 284 participantes (98,3% do total) que receberam duas ou mais dispensações não reportaram presença de ferida no ânus.

Figura 34 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de verrugas na vagina ou pênis e número de dispensações

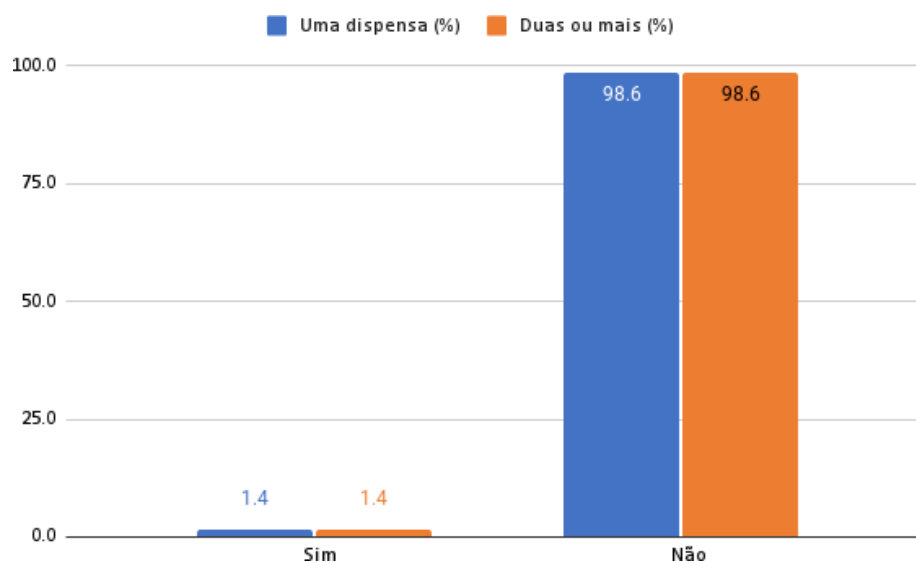


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 34 aborda a presença de verrugas no órgão genital masculino ou feminino em relação ao número de dispensações de PrEP. Considerando o p-valor de 1,000, não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula de que não há associação estatisticamente significativa entre a presença de verrugas no órgão genital e o número de dispensações de PrEP. Portanto, com base nos dados disponíveis, não parece haver uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

Dez pessoas (1,0% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e três pessoas (1,0% do total) que receberam duas ou mais dispensações relataram ter verrugas no órgão genital. Entre aqueles que não apresentaram notificação para verrugas quando recorreram à dispensação de PrEP, 1.035 (99% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 286 (99% do total) receberam duas ou mais dispensações da profilaxia.

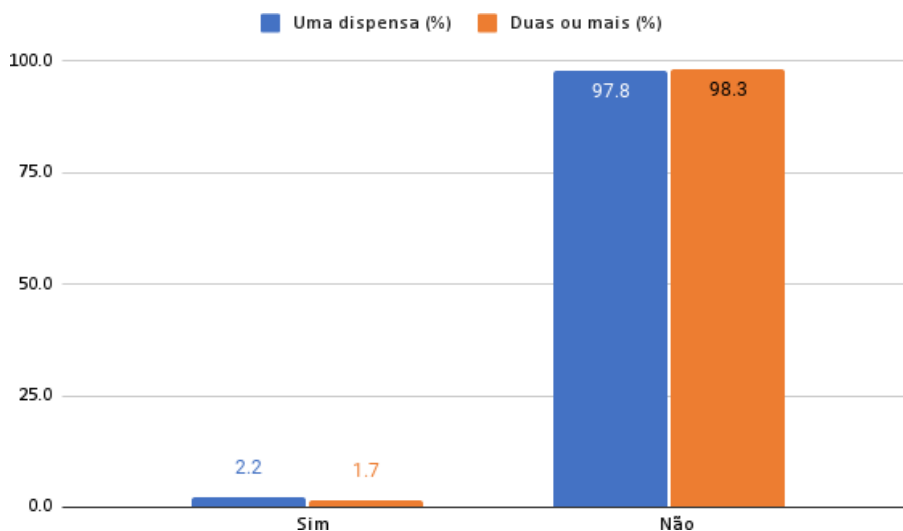
Figura 35 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de verrugas no ânus e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Sobre o relato de presença de verrugas no ânus em relação ao número de dispensações de PrEP (Figura 35), com os percentuais e as contagens para cada série, o p-valor de 1,000 sugere que não há uma associação estatisticamente significativa entre a presença de verrugas no ânus e o número de dispensações de PrEP. Relataram ter verrugas no ânus 15 pessoas (1,4% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e quatro pessoas (1,4% do total) que receberam duas ou mais dispensações. Entre aqueles que não apresentaram esse quadro, 1.030 participantes (98,6% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 285 (98,6% do total) receberam duas ou mais dispensações de PrEP.

Figura 36 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de Pequenas bolhas na vagina ou pênis e número de dispensações

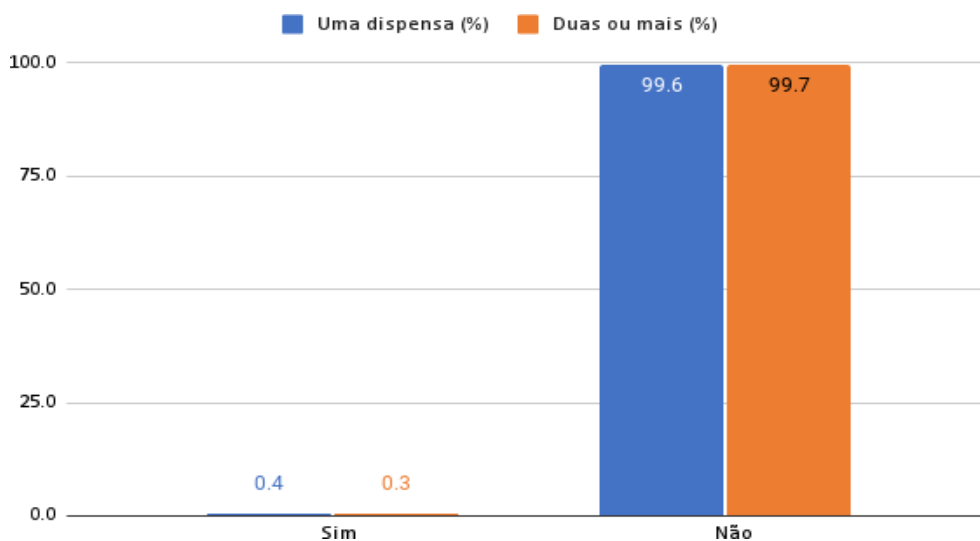


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

A Figura 36 diz respeito à presença de pequenas bolhas no órgão genital masculino ou feminino em relação ao número de dispensações de PrEP, com os percentuais e as contagens para cada série. O p-valor de 0,793 sugere não haver uma associação estatisticamente significativa entre a presença de pequenas bolhas no órgão genital e o número de dispensações de PrEP.

As 23 pessoas (2,2% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e as cinco (1,7% do total) que receberam duas ou mais dispensações relataram ter pequenas bolhas no órgão genital. Entre aqueles que não apresentaram esse quadro, contam-se 1.022 pessoas (97,8% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 284 (98,3% do total) que receberam duas ou mais dispensações da profilaxia.

Figura 37 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de pequenas bolhas no ânus e número de dispensações

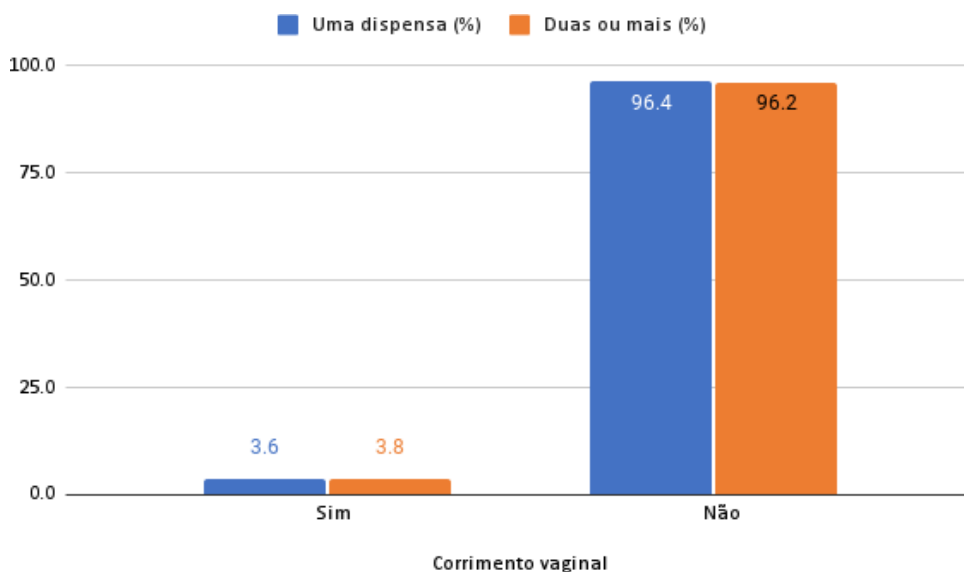


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Os dados fornecidos na Figura 37 tratam da presença de pequenas bolhas no ânus em relação ao número de dispensações de PrEP. Nesse quesito, o p-valor de 1,000 sugere que não há uma associação estatisticamente significativa entre a presença de pequenas bolhas no ânus e o número de dispensações de PrEP.

Verifica-se que quatro pessoas (0,4% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e relataram ter pequenas bolhas no ânus, enquanto um usuário(a) (0,3% do total) recebeu duas ou mais dispensações de PrEP e relatou essa condição. Entre aqueles que não apresentaram bolhas no ânus, têm-se 1.041 pessoas (99,6% do total) que receberam pelo menos uma dispensação da profilaxia e 288 pessoas (99,7% do total) que receberam duas ou mais dispensações.

Figura 38 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo presença de corrimento vaginal e número de dispensações

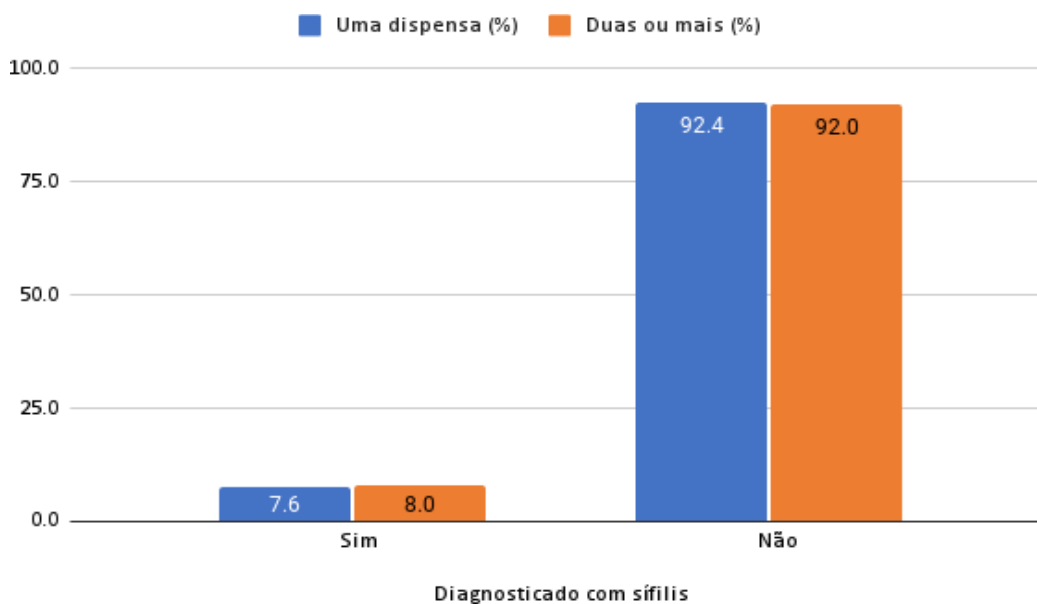


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Em relação à situação relacionada ao corrimento vaginal (Figura 38), o p-valor de 1,000 sugere que não haver uma associação estatisticamente significativa entre a presença de corrimento e o número de dispensações de PrEP. Observa-se que as 38 pessoas (3,6% do total) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e as 11 (3,8% do total) que receberam duas ou mais dispensações relataram ter corrimento vaginal.

Entre as pessoas que não apresentaram diagnóstico de corrimento vaginal ao acessar a dispensação de PrEP, 1.007 (96,4% do total) receberam pelo menos uma dispensação e 278 (96,2% do total) receberam duas ou mais dispensações.

Figura 39 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de sífilis e número de dispensações

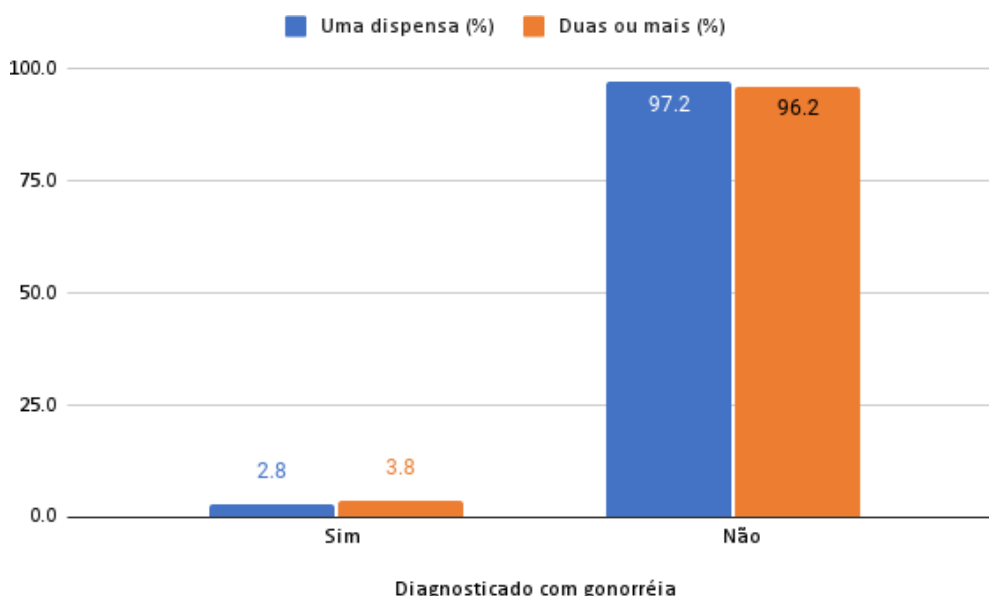


Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

No que se refere aos dados de diagnóstico de sífilis apresentados na Figura 39, o p-valor de 0,920 sugere que não há uma associação estatisticamente significativa entre a presença de sífilis e o número de dispensações de PrEP.

Dos participantes do estudo, 79 (7,6% do total) dos que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 23 (8% do total) dos que receberam duas ou mais dispensações relataram ter sífilis. Entre a parcela da amostra sem o diagnóstico, 966 participantes (92,4% do total) receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 266 (92% do total) receberam duas ou mais dispensações da profilaxia.

Figura 40 – Distribuição dos(as) usuários(as) de PrEP no Brasil segundo diagnóstico de gonorreia e número de dispensações



Fonte: dados originais da pesquisa (2023), com base no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Por fim, a Figura 40 ilustra os dados para o diagnóstico de gonorreia, que apresentou um p-valor de 0,475, sugerindo não haver associação estatisticamente significativa entre a presença dessa infecção e o número de dispensações de PrEP.

Do total de participantes, relataram ter gonorreia 29 (2,8%) dos que receberam pelo menos uma dispensação da profilaxia e 11 participantes (3,8%) dos que receberam duas ou mais dispensações de PrEP. Por outro lado, 1.016 participantes (97,2%) que receberam pelo menos uma dispensação de PrEP e 278 participantes (96,2%) que receberam duas ou mais dispensações de PrEP não relataram ter essa infecção.

6.2.5 Novo cenário da epidemia

Após o início do presente estudo, é importante ressaltar que a epidemia de HIV e aids no Brasil tem passado por mudanças significativas, especialmente em vista das atualizações no protocolo clínico¹² relacionado à PrEP.

¹² Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PrEP). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
Acesso em: 27 nov. 2024.

No Brasil, as diretrizes mais recentes estenderam o acesso à PrEP a todas as pessoas adultas e adolescentes sexualmente ativas com maior risco de infecção pelo HIV, ampliando a possibilidade de utilização da estratégia para a população geral, além da população-chave.

Ademais, a faixa etária mínima para uso da PrEP foi reduzida para 15 anos, o que visa proteger grupos mais jovens e vulneráveis, que têm registrado maior incidência de novos casos de HIV; assim, essa alteração objetiva gerar um impacto real na redução de novos casos de infecções por HIV na população geral.

No tocante ao panorama atual da epidemia de HIV e aids no Brasil, os dados epidemiológicos mais recentes corroboram a persistência da desigualdade racial, em consonância com as informações já citadas no início da tese. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2023), enquanto os índices gerais de infecção e mortalidade por HIV apresentam redução em algumas populações, as pessoas negras continuam sendo desproporcionalmente impactadas.

Apesar da redução geral de 25,5% na mortalidade por aids na última década, negros (pretos e pardos) representam 61,7% dos óbitos em 2022. Essa disparidade reflete os determinantes sociais da saúde, incluindo desigualdades de acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à educação preventiva.

Entre os novos casos de infecção, no quesito raça/cor, houve uma inversão ao longo dos anos: até 2013, a maioria dos casos se deu entre pessoas brancas, mas desde 2015, a prevalência tem sido maior entre pretos e pardos. Jovens negros entre 15 e 29 anos têm registrado taxas crescentes de novos casos de HIV, muitas vezes devido à falta de acesso a informações e serviços de saúde adequados que considerem as especificidades culturais e sociais dessa população.

Também é importante destacar que, entre as mulheres, observa-se uma maior vulnerabilidade das mulheres pretas, que apresentam piores desfechos em relação à adesão ao tratamento e à supressão da carga viral. Essas mulheres enfrentam desafios específicos, tanto no acesso ao diagnóstico precoce quanto na adesão à terapia antirretroviral.

A mortalidade por aids de mulheres pretas é significativamente maior em comparação com a de mulheres brancas, evidenciando a precariedade do atendimento às populações marginalizadas. Essa disparidade é agravada por fatores como violência obstétrica, preconceito

racial nos serviços de saúde e maior dificuldade de acessar programas preventivos, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a PrEP.

7 DISCUSSÃO

7.1 Potencialidades do estudo

Os resultados deste estudo evidenciam que o acesso à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no Brasil reflete desigualdades estruturais historicamente constituídas, relacionadas sobretudo às dimensões de raça/cor, gênero, escolaridade, classe social e território. A análise aqui empreendida dialoga diretamente com o marco teórico da vulnerabilidade, proposto por Ayres et al. (2009), ao demonstrar que a oferta e o uso da PrEP não se distribuem de modo uniforme entre os diferentes segmentos populacionais. Pelo contrário, observa-se que os determinantes sociais estruturam de forma decisiva a adesão e continuidade da profilaxia.

A análise dos resultados nos leva a crer que pessoas negras — especialmente as de cor preta — acessaram proporcionalmente menos dispensações de PrEP entre 2018 e 2021, apesar de constituírem a maioria da população brasileira (IBGE, 2022). Essa desigualdade confirma a análises de Santos (2016), que identificou maior suscetibilidade à infecção pelo HIV entre pessoas negras, indicando que os mecanismos de prevenção ainda não alcançam esse grupo de forma equânime. Esse quadro é reforçado pela tendência observada tanto neste estudo quanto no Painel PrEP (Brasil, 2023), segundo a qual pessoas brancas e de maior escolaridade concentram a maior proporção de dispensações, particularmente entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). Esse padrão não é exclusivo do Brasil: pesquisas internacionais (Haire, 2015; Haberer, 2016; Young et al., 2020) também identificam que a PrEP atinge prioritariamente populações com maior capital socioeconômico, mais escolarizadas e já integradas aos sistemas formais de saúde.

No campo da escolaridade, os achados parecem nos confirmar forte correlação entre maior nível educacional (maiores anos de estudos) e maior adesão à PrEP, tanto na primeira dispensação quanto na continuidade (duas ou mais dispensações). Esses resultados estão alinhados às observações de Pinto et al. (2018), que destacam o papel decisivo da educação formal no conhecimento sobre prevenção, navegação no sistema de saúde e adesão a estratégias de profilaxia.

Quanto à idade, verificou-se que o número de primeiras dispensações aumenta com o envelhecimento, mas o número de dispensações subsequentes diminui entre grupos etários mais velhos. Esse fenômeno pode refletir questões comportamentais, incluindo formação de relacionamentos estáveis e percepção reduzida de risco, conforme já apontava o Ministério da

Saúde (Brasil, 2022). Internacionalmente, estudos como Baeten et al. (2012) e Grant et al. (2014) também identificam que adultos jovens são o grupo que mais se beneficia da PrEP, tanto por maior frequência de práticas sexuais de risco quanto por maior autonomia para acessar serviços especializados.

A análise das variáveis de gênero e identidade de gênero também dialoga com achados da literatura nacional e internacional. Embora o uso da PrEP seja majoritariamente masculino, especialmente entre HSH, o baixo acesso entre mulheres trans e travestis confirma as barreiras identificadas por Grinsztejn et al. (2017), relacionadas a estigma institucional, discriminação e dificuldades de integração das populações trans aos serviços de saúde.

Além disso, os resultados referentes a IST mostram que a maior parte das pessoas que utilizam a PrEP não possuíam diagnóstico prévio, indicando que a profilaxia tem sido utilizada também como estratégia preventiva antecipatória, em consonância com as orientações internacionais de prevenção combinada (Celum; Baeten; Mugwanya, 2019).

Dessa forma, as potencialidades do estudo residem em demonstrar, com base em dados empíricos e análise multivariada, que o uso da PrEP no Brasil se organiza a partir de padrões estruturais de desigualdade, que refletem o arcabouço teórico discutido na literatura e fornecem subsídios essenciais para o aprimoramento das políticas públicas.

7.2 Fragilidades e limitações do estudo

Entre as limitações mais relevantes destaca-se a dificuldade em adotar a definição de “acesso”, dada a necessidade de utilizar “dispensação” como indicador oficial fornecido pelo Siclom. Embora a dispensação seja uma medida importante, ela não permite inferir plenamente etapas posteriores, como uso contínuo, adesão farmacológica ou interrupções ao longo do tempo.

Outra limitação refere-se à discrepância inicial observada nos dados, que evidenciava que o perfil predominante dos usuários era amplamente composto por pessoas brancas — proporção superior à registrada pelo Censo (IBGE, 2022). Embora esse achado seja consistente com análises acadêmicas sobre biomedicalização e desigualdade de acesso (Aggleton; Parker, 2015;

Seffner; Parker, 2016), ele também aponta para lacunas nos dados de raça/cor e sub-representação de populações vulnerabilizadas.

A reduzida representatividade de travestis, mulheres trans e homens trans constitui outra limitação importante, dificultando análises estatísticas mais robustas. De modo semelhante, a pequena proporção de pessoas bissexuais, comparada às categorias heterossexual e homossexual, limita conclusões mais aprofundadas sobre comportamentos específicos desse grupo.

Apesar dessas limitações, os dados se mostraram consistentes, permitindo identificar padrões significativos sobre desigualdades no acesso à PrEP no Brasil.

7.3 Comparações bibliográficas

Os resultados analíticos confirmam que jovens gays e outros homens que fazem sexo com homens são os principais usuários da PrEP, padrão observado em diversos países (Grant et al., 2014; Young et al., 2020). No Brasil, dados oficiais (Brasil, 2023) mostram predominância desse grupo, representando cerca de 82,8% dos usuários com maior número de dispensações.

A menor adesão entre pessoas heterossexuais, identificada neste estudo, ecoa análises feitas por Seffner e Parker (2016), que argumentam que a política brasileira de prevenção se concentra mais intensamente em populações historicamente atingidas pelo HIV, como HSH. Embora coerente com critérios epidemiológicos, essa concentração pode reforçar assimetrias, sobretudo quando se considera que a população heterossexual, especialmente a negra e de baixa renda, permanece vulnerável a infecções (Santos, 2016).

A análise por raça/cor revelou disparidades significativas, com menor número de dispensações entre pessoas negras, particularmente entre pessoas pretas. Essa desigualdade reforça estudos como os de Menezes et al. (2018), que associam vulnerabilidade socioeconômica e precariedade urbana ao aumento de risco de infecção pelo HIV, ressaltando que o acesso desigual às estratégias de prevenção amplifica desigualdades históricas no campo da saúde.

Quando comparados internacionalmente, os resultados convergem com tendências observadas em países que iniciaram a PrEP mais precocemente, como Estados Unidos e Austrália, onde pesquisas também identificaram maior acesso entre pessoas brancas, gays e de alta escolaridade (Haire, 2015; Haberer, 2016). Essa repetição global de padrões de desigualdade confirma a crítica de Parker e Aggleton (2015) de que intervenções biomédicas, quando não acompanhadas de políticas estruturantes, podem contribuir para a perpetuação de desigualdades.

Por fim, o achado de que a maioria das pessoas em uso da PrEP não apresenta diagnóstico prévio de IST reforça o caráter preventivo da estratégia, já observado por Pinto et al. (2018) e Celum, Baeten e Mugwanya (2019), ao indicar que a PrEP tem potencial para atuar como elemento-chave no conjunto da prevenção combinada.

8 CONCLUSÃO

8.1 Em português

A análise do processo de dispensação de medicamentos para PrEP pelo Ministério da Saúde do Brasil, no período de 2018 a 2021, evidenciou que o perfil sociodemográfico da população-chave que fez uso da PrEP, na perspectiva das desigualdades de raça/cor, está mais representado por uma população branca, com alta escolaridade (12 anos ou mais). A orientação sexual predominante é de homens gays, residentes nos estados das regiões Sul e Sudeste.

A descrição espacial dos medicamentos dispensados, conforme região e Unidades Federativas brasileiras, evidenciou que a maior dispensação da PrEP ocorreu nas regiões Sul e Sudeste, de acordo com a Tabela 2 e as Figuras 10 e 16.

A identificação dos diferenciais internos da população-chave que fez uso da PrEP, com ênfase em raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo, identidade de gênero e orientação sexual, comparando a população, indicou que as pessoas negras (pretas e pardas) apresentaram o menor registro em relação ao número de dispensações do medicamento, conforme o resultado nas Tabelas 5 e 12. Ter duas ou mais dispensações pode ser um indicativo de maior adesão.

Em relação às questões de gênero, embora não tenha sido um desfecho inesperado, houve presença mais expressiva de homens brancos, com duas ou mais dispensações, enquanto a maioria das mulheres teve uma única dispensação do medicamento. Ser mulher sugere menor continuidade da PrEP; em outras palavras, ser do sexo feminino pode constituir-se como um fator de maior vulnerabilidade para a baixa adesão à PrEP no Brasil. Dessa forma, o acesso à PrEP pode ser influenciado pelas questões de gênero, impondo às mulheres, em especial às mulheres trans autodeclaradas como pretas e pardas, a menor adesão à PrEP.

Em relação à orientação e identidade de gênero, a menor dispensação foi registrada para mulheres cis, trans e travestis de cor preta ou parda.

Houve notificação de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre a população-chave que utilizou a PrEP. Contudo, ao estabelecer comparações entre os anos e os segmentos dessa população, percebeu-se que o registro não se mostrou de grande significância, conforme as Figuras 29, 30 e 31.

As principais mudanças na política de prevenção ao HIV no Brasil, em relação à PrEP, ocorreram no novo protocolo, que prevê, desde 2022, o uso da PrEP para todas as pessoas, independentemente de pertencerem ou não às populações-chave.

8.2 En castellano

El análisis del proceso de dispensación de medicamentos para la PrEP por parte del MS de Brasil, en el período de 2018 a 2021, evidenció que el perfil sociodemográfico de la población clave que hizo uso de la PrEP, desde la perspectiva de las desigualdades de raza/color, está más representado por una población blanca, con alta escolaridad (12 años o más). La orientación sexual predominante es la de hombres gays, residentes en los estados de las regiones Sur y Sudeste.

La descripción espacial de los medicamentos dispensados, según región y Unidades Federativas brasileñas, evidenció que la mayor dispensación de la PrEP ocurrió en las regiones Sur y Sudeste, de acuerdo con la Tabla 2 y las Figuras 10 y 16.

La identificación de los diferenciales internos de la población clave que hizo uso de la PrEP, con énfasis en raza/color, localización, edad, grado de instrucción, sexo, identidad de género y orientación sexual, comparando la población, indicó que las personas negras (negra y parda) presentaron el menor registro en relación al número de dispensaciones del medicamento, según el resultado en las Tablas 5 y 12. Tener dos o más dispensaciones puede ser un indicativo de mayor adherencia.

En relación con las cuestiones de género, aunque no fue un desenlace inesperado, hubo una presencia más expresiva de hombres blancos, con dos o más dispensaciones, mientras que la mayoría de las mujeres recibió solo una dispensación del medicamento. Ser mujer sugiere una menor continuidad en la PrEP; en otras palabras, ser del sexo femenino puede constituir un factor de mayor vulnerabilidad para la baja adherencia a la PrEP en Brasil. De esta manera, el acceso a la PrEP puede estar influenciado por las cuestiones de género, imponiendo a las mujeres, en especial a las mujeres trans autodeclaradas como negras y pardas, una menor adherencia a la PrEP.

En cuanto a la orientación e identidad de género, la menor dispensación se registró para mujeres cis, trans y travestis de color negro o pardo.

Se notificaron casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población clave que utilizó la PrEP. Sin embargo, al hacer comparaciones entre los años y los segmentos de esta

población, se observó que el registro no mostró gran significancia, según las Figuras 29, 30 y 31.

Los principales cambios en la política de prevención del VIH en Brasil en relación con la PrEP se dieron en el nuevo protocolo, que desde 2022 prevé el uso de la PrEP para todas las personas, independientemente de pertenecer o no a las poblaciones clave.

8.3 In English

The analysis of the medication dispensing process for PrEP by the MS of Brazil, from 2018 to 2021, showed that the sociodemographic profile of the key population that used PrEP, from the perspective of race/color inequalities, is predominantly represented by a white population with high educational levels (12 years or more). The predominant sexual orientation is that of gay men, living in the states of the South and Southeast regions.

The spatial description of the dispensed medications, according to region and Brazilian Federal Units, revealed that the highest dispensing of PrEP occurred in the South and Southeast regions, as shown in Table 2 and Figures 10 and 16.

The identification of the internal differentials of the key population that used PrEP, with emphasis on race/color, location, age, education level, sex, gender identity, and sexual orientation, compared to the population, indicated that black people (black and brown) had the lowest record regarding the number of medication dispensations, according to the results in Tables 5 and 12. Having two or more dispensations may indicate greater adherence.

Regarding gender issues, although it was not an unexpected outcome, there was a higher representation of white men with two or more dispensations, while most women had only one dispensation of the medication. Being female suggests lower continuity in PrEP use; in other words, being female may constitute a factor of greater vulnerability to lower adherence to PrEP in Brazil. Thus, access to PrEP may be influenced by gender issues, imposing on women, especially self-identified black and brown trans women, lower adherence to PrEP.

Regarding sexual orientation and gender identity, the lowest dispensing was recorded for cis women, trans women, and travestis of black or brown color.

Cases of sexually transmitted infections (STIs) were reported among the key population that used PrEP. However, when comparing the years and segments of this population, it was observed that the record did not show significant importance, according to Figures 29, 30, and 31.

The main changes in Brazil's HIV prevention policy regarding PrEP occurred with the new protocol, which, since 2022, provides for the use of PrEP by all individuals, regardless of whether they belong to key populations or not.

9.RESUMEN AMPLIO

RESUMEN AMPLIO¹³

Estudio sobre el perfil de población clave que accede a la Profilaxis Pre Exposición al VIH/SIDA (PrEP) en Brasil

Introducción

En el año 2023, tras cuatro décadas desde que se hizo público el primer caso de sida en Brasil, se registra que, en 1982, se utilizó por primera vez el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”, conocido por su sigla en inglés “AIDS” (Carvalho Júnior, 2020).

Este primer caso confirmado de sida en el país se documentó en la ciudad de São Paulo y se asoció inicialmente, aunque de manera errónea¹⁴, con la llamada “Enfermedad de las 5 Hs”: Homosexuales, Hemofílicos, Haitianos, Heroínómanos (usuarios de heroína inyectable) y *Hookers* (trabajadoras sexuales, en inglés) (Teixeira *et al.*, 2022).

A partir de ese momento, se intensificaron los estudios sobre la enfermedad, destacándose el año 1983, cuando investigadores franceses y estadounidenses lograron aislar el agente etiológico del sida, un retrovirus, aclarando los mecanismos de transmisión de la enfermedad, que ocurren por vía sexual y sanguínea (Carvalho Júnior, 2020). De igual manera, ya se sabía que el virus comprometía el sistema inmunológico del cuerpo humano y mostraba afinidad por las células T auxiliares. En la actualidad, conocemos esta enfermedad como infección por VIH y/o sida (Aguiar *et al.*, 2022).

Carvalho Júnior (2020) destaca que, tras la aparición del primer caso de la enfermedad, el surgimiento del sida coincidió con un contexto de apertura política en Brasil, involucrando a la sociedad civil en demandas de acceso a información, recursos para investigación, nuevos

¹³ El Reglamento lo indica: *Artículo 7. Tesis doctoral presentada en una lengua diferente de las oficiales de la Universitat de València: [...]el doctorando o la doctoranda incluirá en la tesis doctoral un resumen amplio redactado en una de las lenguas que son oficiales en la Universitat de València, en el cual tienen que figurar los objetivos, la metodología y las conclusiones de la tesis, con una extensión mínima de 5.000 palabras.*

¹⁴ Comentario de la autora en 9 nov. 2023, Durante un taller de la ONG Acción de Mujeres por la Equidad - AME sobre la historia del SIDA en Brasil

medicamentos y discusiones sobre temas complejos como derechos sexuales, derechos humanos, muerte por sida, uso de drogas y confidencialidad respecto a la seropositividad.

Según Aguiar *et al.* (2022), los primeros casos de infección involucraron a personas homosexuales y pacientes que recibieron transfusiones de sangre, incluyendo los usuarios de drogas inyectables.

Sin embargo, tras estas cuatro décadas, seguimos enfrentando una pandemia de VIH que, hasta la actualidad, se configura como un problema de salud pública. Este desafío no afecta únicamente a países como Brasil, sino también a otros de América Latina, África y Europa. Tal situación, a lo largo de los años, continúa siendo un tema central de estudios y investigaciones, además del continuo compromiso de la sociedad civil que trabaja en el ámbito del VIH y el sida, en especial de las personas que viven y conviven con VIH y/o sida (PVHA)¹⁵.

Es probable que este perfil de individuos y el contexto social y político hayan sido factores fundamentales para potenciar la dinámica organizativa de la sociedad civil en su exigencia de respuestas por parte del poder público. Por otro lado, el diálogo construido entre el gobierno y este segmento, que de alguna manera representaba a una población consciente de sus derechos, empoderada y con mejores condiciones económicas, puede haber sido clave para la conquista del derecho al tratamiento y para el cambio en las políticas públicas de salud en Brasil durante las décadas de 1980 y 1990.

De manera similar, este escenario generó reflexiones y percepciones que evidencian un nuevo patrón en el perfil de la población infectada por el VIH y de los casos de fallecimiento por sida, donde el componente racial se manifiesta como una de las principales características. En este contexto, las categorías “negra” y “parda” emergen como factores predominantes respecto a las demás variables que definen el perfil de la población afectada, incluso antes de estas cuatro décadas de epidemia.

Así, se identifica que la población-clave¹⁶ autodeclarada como negra o parda (población afrodescendiente) presenta una mayor probabilidad de infectarse por el VIH, lo que también se

¹⁵ La sigla utilizada hasta hace poco tiempo por el Ministerio de Salud para personas que viven con VIH era PVHIV. Sin embargo, la Articulación Nacional de Lucha contra el SIDA (Anaid) defiende la continuidad de la sigla PVHA (personas que viven con VIH y/o sida), para que el SIDA no salga del contexto del VIH y para que los enfermos de SIDA tengan acceso y garantía de tratamiento adecuado.

¹⁶ Brasil comenzó a adoptar el concepto de "población clave" en el contexto de la prevención del VIH y el SIDA a partir de la década de 2000, cuando se reconoció la necesidad de dirigir las acciones de salud pública hacia grupos que presentan mayor vulnerabilidad a la infección por el virus. El uso de este concepto fue una respuesta a las altas tasas de transmisión entre ciertas poblaciones, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, personas que usan drogas inyectables y personas que viven con VIH y/o sida.

refleja en los fallecimientos por sida en Brasil. Esto está relacionado con una realidad en la que el racismo actúa como uno de los principales marcadores de los determinantes sociales de la salud (DSS).

Los datos del Boletín Epidemiológico de VIH y Sida del Ministerio de Salud, publicado anualmente, respaldan esta comprensión, tal como lo demuestran las cifras de casos notificados de fallecimientos por sida entre la población negra, independientemente del sexo, orientación sexual, género, clase social u otras variables. Lo mismo ocurre con las notificaciones de nuevos casos de infección por VIH, evidenciándose una epidemia entre la población más joven, donde las personas negras y pardas presentan el mayor número de casos reportados (Brasil, 2023).

La Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) en el mundo y en Brasil

La implantación e implementación de la PrEP en Brasil se configura como una de las acciones de políticas públicas de salud que integran las estrategias de prevención al VIH y al sida, basándose en el uso de antirretrovirales (ARV) por personas que no están infectadas por el VIH, pero que presentan un mayor riesgo de infección por el virus. Algunos estudios científicos comenzaron a indicar que, al estar el medicamento ya presente en la sangre, incluso si hay contacto con el virus, el VIH no puede establecerse en el organismo.

La PrEP se caracteriza por el uso cotidiano de dos medicamentos ARV, tenofovir y emtricitabina (TDF/FTC), por personas no infectadas por el VIH que presentan un alto riesgo sexual de infección por el virus (Brasil, 2017a). Esta estrategia fue tema de discusión y suscitó diversos estudios en el campo de la prevención al VIH. Tras resultados concretos, los científicos concluyeron que la PrEP es una metodología importante y eficaz para contener la epidemia y reducir el número de nuevas infecciones, y comenzaron a recomendarla en sus estudios, lo que facilitó la adopción de esta profilaxis en algunos países, entre ellos Brasil (Grangeiro *et al.*, 2015; Zucchi *et al.*, 2018).

La PrEP se incorpora al uso de otros métodos preventivos, en asociación con el estilo de vida de las personas, considerando su autonomía como sujetos responsables del cuidado de su propia salud sexual. Requiere el uso de información para que los individuos puedan decidir sobre la adopción de este método y seleccionar los servicios donde puedan acceder a él, si lo eligen, siguiendo las orientaciones y recomendaciones del equipo de salud.

Además de Brasil, la PrEP es una de las intervenciones adoptadas en países como Portugal, Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Sudáfrica y Canadá. Los datos indican que alrededor de 845 mil personas en al menos 54 países recibieron la PrEP en 2020, lo que significó un aumento del 43% desde 2019 y del 182% en comparación con 2018 (Unaid Brasil, [2021]).

En todos estos países, su uso fue adoptado tras recomendaciones y resultados de investigaciones que demostraron su eficacia. Estas evidencias científicas fueron la base para la elaboración de protocolos que indican la adopción, en esos países, del uso de la PrEP por el segmento de la población con mayor probabilidad de infectarse por el VIH, como una de las estrategias de prevención combinada, dado que su eficacia puede traducirse en una reducción potencial de más del 90% en la transmisión del virus. (Unaid Brasil, [2021]).

El concepto de prevención combinada tuvo su inicio en el año 2009, en los Estados Unidos. En respuesta al VIH/Sida, se elaboró un documento titulado “*Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*”, que presentó un marco que establecía diferentes tipos de intervenciones combinadas con mayor impacto para contener la epidemia (UNAIDS, 2010).

La adopción de esta tecnología por las Unidades Federativas (UF) de Brasil fue casi unánime, aunque su implementación ocurrió de manera gradual, a partir del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para la PrEP al Riesgo de Infección por VIH (PCDT-PrEP), publicado por el Ministerio de Salud (MS), que contenía orientaciones para la Implantación y implementación de la profilaxis en los servicios de salud de las UF interesadas, pero especialmente aquellas con la capacidad de ofrecer la PrEP.

Según información del MS (Brasil, 2019), desde la implantación de la PrEP en 2018 en el País, se realizaron cerca de 6 mil prescripciones de PrEP y 2.748 personas ya habían iniciado la profilaxis en 36 servicios brasileños, en 22 ciudades. En esos seis meses, la mayoría de las personas que usaban PrEP fueron gays y HSH (78,9%), con menor participación de mujeres transexuales (1,8%), travestis (0,4%) y hombres trans (0,3%).

Al analizar el panel PrEP4¹⁷ disponible en el sitio web del Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, se observa que, en el año de su implementación (2018), el número de personas que se registraron en el sistema de distribución de PrEP fue de 8.166; ya

¹⁷ Es un instrumento de monitoreo de la PrEP que tiene como objetivo divulgar información sobre la dispensación y el uso de la profilaxis en Brasil, disponible en: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>. Acceso en: 15 de enero de 2024.

en 2019, el número de personas que accedieron al sistema mostró un aumento significativo, con 12.479. En 2020, hubo un aumento discreto, con 12.933 personas en uso. El número continuó creciendo, alcanzando 23.045 personas en 2021. En el año 2022 se registró un total de 36.273, lo que evidencia un aumento significativo de personas accediendo a la PrEP en Brasil. Según la información del panel, las personas accedieron a la profilaxis al menos una vez durante los últimos 12 meses, lo que representó un crecimiento del 345% en cinco años.

Marco teórico

Presentamos en el marco de referencia, la síntesis de los resultados encontrados en la lectura de los artículos científicos, con la intención de analizar el tema propuesto en la investigación, que tiene un enfoque cuantitativo, con la perspectiva de contribuir al entendimiento de las variables de estudio. Así, el conjunto de materiales consultados para el desarrollo de esta tesis está compuesto por libros, informes, revistas, disertaciones, tesis y artículos, entre otros, cuya lectura abrió el camino que sustentó la base teórica y científica para viabilizar el estudio, incluyendo contenidos relacionados con la historia del sida, ya que hacer referencia a ese momento es comprender la etapa inicial que precedió a los nuevos modelos de prevención, entre los cuales la PrEP es una tecnología importante.

Apoyándose en este marco teórico, el presente estudio se propuso analizar el perfil de las personas que han logrado hacer uso de la PrEP en Brasil, entendiendo que el uso o no uso de la profilaxis ocurre en diferentes dimensiones, contextos y posibilidades para cada grupo de la población clave, con marcadores que determinan ese uso, lo cual aún puede estar relacionado directamente con las variables de género y raza/color. En este aspecto, se destaca que, independientemente del sexo de nacimiento, orientación sexual, edad, nivel educativo o lugar de residencia, partimos de la constatación de que, en Brasil, el color de la piel se constituye como una variable determinante en el acceso a las políticas públicas sociales, entre ellas la de salud, lo que puede estar relacionado con el perfil de quienes usan esta tecnología de prevención del VIH en Brasil.

De esta manera, esta base teórica contribuyó para aportar la calidad científica necesaria que el estudio requiere, según muestran los temas relacionados con el objetivo principal del estudio, que es analizar el proceso de dispensación de medicamentos para la PrEP por el

Ministerio de Salud de Brasil, desde la perspectiva de las desigualdades de raza y género, en el período de 2018 a 2021.

El VIH, el sida y el perfil epidemiológico de la población infectada en Brasil

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un tipo de retrovirus que invade los linfocitos T CD4+ al interactuar con las glicoproteínas presentes en la membrana. El VIH pertenece al subgrupo de los lentivirus de los retrovirus, y tiene su origen en la región subsahariana de África, siendo transmitido principalmente por vía sexual (responsable de aproximadamente el 75% de las infecciones), con transmisiones verticales y parenterales en menores proporciones (Aguiar et al, 2022; Menezes et al, 2018).

El subgrupo de lentivirus de los retrovirus es responsable de infecciones de evolución más lenta, caracterizadas por largos períodos de incubación. Sin embargo, cuando la infección se manifiesta, pueden surgir síntomas clínicos como astenia, pérdida de peso, dermatosis, deterioro del sistema inmunológico y el sarcoma de Kaposi. Ambos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2, pueden conducir al Sida; sin embargo, el VIH-1 está presente globalmente, mientras que el VIH-2 es más prevalente en África Occidental (Aguiar et al, 2022).

Carvalho Júnior (2020) argumenta que el surgimiento del sida desencadena cuestiones que van más allá del ámbito biomédico, involucrando significados sociales y culturales en diversos campos. Siendo una enfermedad emergente en una sociedad conservadora e íntimamente relacionada con el sexo, la información sobre prevención y tratamiento frecuentemente fue percibida de manera estigmatizante o conflictiva.

Historia de las políticas públicas de salud en Brasil para la respuesta al VIH y a la Sida

Las políticas de salud pública para enfrentar la epidemia de VIH y sida implican necesariamente acciones de prevención y tratamiento dirigidas a las personas que viven con VIH y/o sida (PVHA). Este enfrentamiento requiere la integración de diversas políticas públicas y sociales, además de la inclusión de otros campos del conocimiento, como sociología,

antropología, educación, enseñanza, investigación, comunicación y derechos humanos, entre otras áreas que dialogan con la política de acciones afirmativas.

En las últimas décadas, se han logrado diversos avances en todo el mundo en la respuesta a la epidemia de VIH y sida, especialmente en lo que respecta al acceso y tratamiento de las personas que viven con VIH. Es crucial compartir estos logros y, siempre que sea posible, adaptarlos a la realidad local. En el caso de Brasil, la respuesta efectiva al sida fue posible gracias a la implementación de programas gubernamentales, la asignación de recursos públicos y la inversión en personal y servicios de salud. Estas acciones resultaron en una política de asistencia y tratamiento audaz, combinada con iniciativas innovadoras de prevención (Golegã, 2017).

La narrativa predominante de la respuesta al VIH en Brasil fue construida a partir de la década de 1980 por una diversidad de voces de la sociedad civil, profesionales de la salud, agentes públicos y artistas en torno a la solidaridad. Esta narrativa es inclusiva, basada en el reconocimiento de la diversidad, en la laicidad del Estado, en el fortalecimiento de la democracia anclada en el SUS, con garantía de derechos a la prevención y asistencia a las personas viviendo con VIH y/o sida (PVHA). Este enfoque comenzó a materializarse incluso antes de la implementación del SUS, siendo también influenciado por el proceso vivido en el país en esa época y por el movimiento de la Reforma Sanitaria (Agostini *et al.*, 2019).

Araújo *et al.* (2021) destacan que la respuesta al VIH y al sida no es uniforme en todas las sociedades, siendo moldeada por las relaciones ya existentes. Esto significa que la sociedad construye la percepción de la enfermedad y sus soluciones, siendo singular en cada cultura. En el caso de la sociedad brasileña, estructurada bajo una hegemonía heterosexual patriarcal y machista, los recortes de género, raza, sexualidad y clase son esenciales para comprender la respuesta estatal a la epidemia de los años 1980.

La Constitución Federal de 1988 establece que la salud es garantizada por el Estado, basándose en los principios de universalidad, integralidad y equidad. La salud se convirtió en un derecho de todos y un deber del Estado, a través de políticas de salud gratuitas de carácter social y económico, con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedades y otros agravios, además de servicios de promoción, protección y recuperación. Esto resultó en la creación del SUS y en la estructuración de los servicios de salud existentes. Así, el acceso a la salud está disponible tanto para la población general como para grupos que requieren atención específica (Campos *et al.*, 2021).

El papel del SUS en la garantía de los derechos de las PVHA fue fundamental, siendo la base para el acceso al tratamiento gratuito logrado por la lucha de los movimientos sociales, aliado a las evidencias científicas. Esta garantía está alineada con la concepción de que la salud es un derecho humano inalienable, conforme lo establece la noción amplia de seguridad social en la Constitución de 1988 (Agostini *et al.*, 2019).

Entre las estrategias de prevención, se destacan las biomédicas, que incluyen el uso de métodos clásicos como preservativos externos (“masculinos”), preservativos internos (“femeninos”) y lubricantes, además de intervenciones centradas en el uso de antirretrovirales (ARV). Esta última categoría puede subdividirse, en el contexto brasileño, en Tratamiento como Prevención (TasP), Profilaxis Post-Exposición (PEP) y PrEP.

Desigualdades socioeconómicas, racismo y acceso a la salud en Brasil

En la década de 1970, la Reforma Sanitaria en Brasil buscó asegurar el derecho a la salud como algo individual, entendido a través de la equidad y el acceso universal a un sistema de salud público inclusivo y solidario. La propuesta implicó la modificación del modelo de asistencia, destacando la Atención Básica como medio para lograr la universalidad de las acciones en todo el territorio nacional. La Constitución Federal de 1988 incorporó el derecho a la salud como un derecho de todos, cuya garantía se convirtió en una responsabilidad del Estado. Esto se lograría mediante políticas económicas y sociales orientadas a la reducción de los riesgos de enfermedades, además del acceso universal y equitativo a servicios y acciones para la promoción, protección y recuperación de la salud (Oliveira *et al.*, 2017).

La Constitución establece que son derechos sociales la educación, la salud, la alimentación, el trabajo, la vivienda, el transporte, el ocio, la seguridad, la previsión social, la protección a la maternidad y la infancia y la asistencia a los desamparados. De acuerdo con su art. 196, la salud es un derecho de todos y una obligación del Estado, garantizada mediante políticas sociales y económicas que busquen la reducción de los riesgos de enfermedades y otros agravios, además del acceso universal e igualitario a acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud (Kuchenbecker, 2023).

Es responsabilidad del Estado garantizar la protección de la salud en su totalidad. Para ello, el Estado debe desempeñar un papel activo en la sociedad, garantizando la efectiva

realización práctica de este derecho. También conforme al mencionado art. 196 de la Constitución Federal, las políticas sociales y económicas, es decir, las políticas públicas, son fundamentales para la materialización de las directrices de salud, consideradas como una prioridad de ejecución por el Poder Ejecutivo, según lo definido por el Poder Legislativo (Kuchenbecker, 2023).

Igualdad, desigualdades, inequidades y el acceso a la salud en Brasil

El inicio de la década de 1990, después de la institucionalización del SUS, estuvo marcado por avances significativos en las políticas de salud. Esto implicó una ampliación en el uso de estos servicios, principalmente por personas en situación socioeconómica vulnerable, así como también cambios en el patrón de acceso. Proporcionalmente, se observó una reducción en la búsqueda de cuidados debido a enfermedades y un aumento en la demanda de atención preventiva, lo que se alinea con los principios del SUS (Mautone, 2022).

También hubo un impacto positivo en los indicadores de salud relacionados con la desigualdad. Las evidencias indican que programas sociales como el Bolsa Familia y la Estrategia Salud de la Familia (ESF) contribuyeron para que el país alcanzara, ya en 2013, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dos años antes del plazo previsto, a saber, la reducción de dos tercios de las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años (Mautone, 2022).

En el contexto del SUS, el acceso universal se logra mediante la eliminación progresiva de las barreras que impiden a las personas utilizar los servicios de salud integrales, establecidos a nivel nacional de manera equitativa. Antes de la implementación del SUS, no existía jerarquización ni otros principios que organizan el acceso de la población a los servicios de salud (Oliveira *et al.*, 2017).

Las desigualdades de salud entre países se analizan a la luz de las relaciones de poder en el presente y en el pasado, involucrando élites globales y nacionales, historias de colonialismo, imperialismo y políticas comerciales neoliberales. En el ámbito de los países, la atención teórica se centra en los determinantes políticos y económicos, enfocándose en las desigualdades sociales relacionadas con la clase, el racismo, el género y la sexualidad (Bortoli, 2023). Mautone (2022) reconoce que Brasil enfrenta diversos obstáculos para el mantenimiento

del SUS, Entre estos: la estructura que abarca cerca del 30% de la población que vive con hasta medio salario mínimo mensual per cápita, las dimensiones continentales del territorio y el subfinanciamiento crónico.

Racismos y las disparidades raciales en salud en Brasil

En relación con las desigualdades e inequidades raciales, Williams y Priest (2015), al discutir las disparidades étnico-raciales en salud, señalan que los países de baja y media renta han recibido menos atención en la literatura empírica en comparación con los contextos de países de alta renta. Sin embargo, cuando existen datos sobre las variables raza/color, las disparidades étnico-raciales se hacen evidentes.

Así, al proceder al análisis de las variables raza/color en el Sistema de Control Logístico de Medicamentos (Siclom) en Brasil, podrán identificarse indicios de que la información revela situaciones de inequidad en salud. Ya no es aceptable visibilizar los datos de los Boletines Epidemiológicos del Ministerio de Salud y no visualizar la necesidad de acciones que puedan responder al desequilibrio experimentado por la población negra, considerando además que estos datos pueden ocultar una práctica de gestión que inhibe y desmotiva acciones de seguimiento y monitoreo que respondan a los análisis.

La ausencia de una respuesta basada en metas e indicadores puede entenderse como un elemento de los posibles resultados del racismo institucional en salud, dado que, existiendo instrumentos, estos no son utilizados en las respuestas de los(as) gestores(as), a partir de información epidemiológica, lo que puede caracterizarse como discriminación racial.¹⁸

Con respecto al perfil poblacional, se observa que la población negra en Brasil¹⁹, a pesar de algunos logros, todavía vive al margen de la sociedad, ya que el racismo se sostiene en una estructura que data de la historia esclavista del país y perpetúa una situación de inequidades, con impactos directos en la salud, enfermedades y muertes, dado que el tono de piel impone juicios que implican una situación de desventaja cuando se trata de personas negras o pardas, es decir, la población negra.

¹⁸ Declaración de la autora durante el taller sobre Determinantes Sociales realizado en la Isla de Marajó, Brasil, noviembre de 2023.

¹⁹ La población negra, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), se refiere a la suma de las personas que se autoidentifican como negras o pardas.

Campos *et al.* (2015) afirman que la información sobre raza/color en relación al VIH y al sida comenzó a ser registrada a partir de 2001. Durante el período de 2001 a 2004, más del 60% de los casos de sida en hombres fueron notificados en personas blancas, con poca variación a lo largo del período analizado; sin embargo, entre las mujeres, hubo una reducción en la proporción de casos en la raza/color blanca, compensada por un aumento en la proporción de casos en la raza/color negra, alcanzando el 25%.

La accesibilidad de la población negra a la salud se ha convertido en una cuestión social de importancia global, siendo ampliamente discutida en debates, conferencias e instancias internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Unaid). Los movimientos negros han desempeñado un papel significativo en la reducción de las desigualdades raciales, y esta necesidad de abordar la salud de la población negra de manera específica fue reforzada durante la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Intolerancias Relacionadas, celebrada en Durban, Sudáfrica, en 2001 (Campos *et al.*, 2015).

Objetivos: General

Analizar el proceso de dispensación de medicamentos para la Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) por parte del Ministerio de Salud (MS) de Brasil, en el período de 2018 a 2021.

Específicos

- 1) Caracterizar el perfil sociodemográfico de la población clave que hizo uso de la PrEP desde la perspectiva de las desigualdades de raza/color.
- 2) Describir la distribución espacial de los medicamentos dispensados durante el período del estudio, según región y Unidades Federativas de Brasil.
- 3) Identificar los diferenciales internos de la población clave que hizo uso de la PrEP durante el período del estudio, con énfasis en raza/color, localidad, edad, nivel educativo, sexo, identidad de género y orientación sexual.

- 4) Verificar si hubo notificación de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre la población clave que utilizó la PrEP durante el período del estudio, con el fin de establecer comparaciones entre los años y los segmentos de esa población.
- 5) Registrar y comentar los principales cambios en la política de prevención del VIH en Brasil en relación con la PrEP durante el período de elaboración de la tesis.

Justificación

Como justificación para el presente estudio, se destaca que la opción por la problemática aquí discutida es fruto de la lectura de diferentes trabajos en el campo de la salud pública en Brasil que abordan el tema central del VIH/Sida, la política de prevención, así como también trae la discusión sobre cuál es el perfil de la población brasileña que utilizó la PrEP, para que se puedan identificar los diferenciales en el período del estudio, con énfasis en raza/color, localidad, edad, nivel educativo, sexo, identidad de género y orientación sexual.

El número de investigaciones y estudios en Brasil con un enfoque que involucre el análisis de los datos de la PrEP, asociados con la información sobre raza/color, género y otras variables de interés, ha señalado que todavía son insuficientes, indicando que existe una brecha por llenar.

Sin embargo, los pocos estudios existentes en Brasil con este enfoque intersectorial han permitido identificar disparidades, pero principalmente han contribuido al desarrollo de estrategias más inclusivas y equitativas para ampliar el alcance de la PrEP en Brasil. Además, este enfoque refuerza el compromiso con la elaboración de políticas públicas de salud basadas en la equidad, como lo establece el SUS (Brasil, 2019).

Es importante destacar también que en Brasil, los estudios relacionados con análisis epidemiológicos, con referencia a las variables de raza/color, tienen como una de las intenciones verificar la situación de las poblaciones según su perfil étnico-racial, especialmente la población negra e indígena, consideradas históricamente como las poblaciones más vulnerables socialmente. Tal como lo señalaron los estudios de Lopes, Moreira e Ramos (2020) y Santos y Giovanella (2016).

Bibliografías internacionales relacionadas con las cuestiones que involucran la variable raza/color, como el artículo de Caldwell (2000), titulado *Fronteras de la diferencia de raza y*

género en Brasil, que compara estudios de Estados Unidos, Inglaterra y Canadá, hizo un análisis sobre la ausencia de la variable raza en la mayoría de los estudios en Brasil, indicando que es necesario enfatizar las diferencias de raza y género y las razones de la invisibilidad de la cuestión racial en el campo de estudio en Brasil.

Por otro lado, Satcher *et al.* (2005) destacaron que en países como Estados Unidos de América (EE. UU.), existe una relevante producción científica sobre el tema racial y las cuestiones de salud, y que probablemente esto se deba a la relevancia que se da a la identidad racial. Las disparidades raciales en salud en los Estados Unidos han sido monitoreadas detalladamente desde los años 60.

La demanda por el tema de esta tesis queda constatada en la revisión bibliográfica, necesaria para la elaboración de este estudio. Se realizaron dos búsquedas con el intento de subsidiar algunos de los argumentos de la tesis, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud, que ayudan a descubrir y/o elegir las palabras y/o expresiones relevantes en las bases de datos. Sin embargo, al investigar producciones entre los años 2018 y 2024, en portugués, español e inglés, sobre la dispensación/distribución de PrEP para las poblaciones brasileñas históricamente vulnerabilizadas socialmente, especialmente la población negra y los integrantes de la comunidad LGBTQIAPN+, como hombres y mujeres trans, travestis, hombres gay, etc., se utilizaron las palabras clave y descriptores en salud: PrEP, Pre-exposure Prophylaxis; black people, blacks, negro; dispensation, distribution; Brasil, Brazil, Brazilian.

Material y métodos

El estudio fue desarrollado desde una perspectiva histórico-dialéctica y con el uso de la metodología de investigación cuantitativa, caracterizada como una investigación que presupone lo concreto, lo visible y lo cuantificable (Polit; Beck; Hungler, 2004).

Estudio analítico, utilizando análisis de datos secundarios a partir de información preexistente proporcionada por el Sistema de Control Logístico de Medicamentos (Siclom), del Departamento de VIH/Sida, Tuberculosis, Hepatitis Virales e Infecciones de Transmisión Sexual (Dathi) de la Secretaría de Vigilancia en Salud y Medio Ambiente (SVSA) del Ministerio de Salud (MS), para identificar el número de dispensaciones de PrEP a los servicios de salud en Brasil, en el período de enero de 2018 a diciembre de 2021.

Se destaca que en los estudios científicos realizados a partir de los Sistemas de Información en Salud - SIS se pueden observar algunas desventajas relacionadas con el uso de datos secundarios en investigaciones científicas, como el sesgo de información. Una de las mayores ventajas de este uso es permitir que los investigadores realicen, a bajo costo, estudios de base poblacional con cobertura nacional. Basándose en preguntas apropiadas y reconociendo las potencialidades y limitaciones de los SIS, los estudios científicos propician nuevas formas de análisis de la situación de salud y de evaluación de los servicios (Paim, 2006).

Se analizaron los datos de todos los estados brasileños y del Distrito Federal (DF) del Siciom. La descripción del perfil de quienes usan la PrEP en Brasil se obtuvo considerando información referente a la localidad, género, raza/color, edad, años de estudio, nacionalidad, sexo y orientación sexual de los(as) usuarios(as) de la profilaxis.

Se trata también de un estudio descriptivo y exploratorio, ya que busca describir y explicar una situación basada en la investigación de los condicionantes, su complejidad y otras cuestiones pertinentes. Además, presenta una sección transversal, representada por el momento en que ocurre la recolección de datos, en un tiempo determinado; así, describe una situación, el estado del fenómeno o las relaciones entre los fenómenos en un punto fijo (Polit; Beck; Hungler, 2004).

Finalmente, el presente estudio también presenta un enfoque retrospectivo, destacando la información registrada en una estructura formal, derivada de la recopilación y análisis de datos numéricos mediante procedimientos estadísticos. Según Thompson (1995), por más que los métodos de análisis sean rigurosos y sistemáticos, no excluyen la imprescindible creación de significado, es decir, una interpretación adecuada de lo que se está representando. Este es un supuesto válido para cualquier técnica de análisis de datos.

Hipótesis

Considerando los objetivos propuestos, se formularon tres hipótesis basadas en la revisión de la literatura. En relación con estas hipótesis, no se encontraron estudios específicos sobre la evaluación del número de dispensaciones de la medicación, ni relacionados con el perfil de la población que usa la PrEP. Así, las hipótesis trabajadas en la tesis se describen de la siguiente manera:

- 1) La dispensación de la PrEP es mayor en las regiones Sur y Sudeste de Brasil en comparación con las otras regiones del país.
- 2) La dispensación de la PrEP es mayor en las regiones Sur y Sudeste de Brasil en comparación con las otras regiones del país.

Aspectos éticos y evaluación de riesgos

De acuerdo con los términos de la Resolución del Consejo Nacional de Salud n° 466/12²⁰, en todo proyecto de investigación relacionado con seres humanos (de forma directa o indirecta) existen riesgos involucrados. La norma expone, principalmente, que todo experimento puede causar daños permanentes o relativos de naturaleza física, psicológica, social, moral, intelectual, cultural, espiritual y económica. (Araújo, 2003).

Históricamente, fue a partir de la Resolución CNS 196, del año 1996, y de las resoluciones complementarias que el desarrollo de investigaciones con seres humanos en Brasil comenzó una nueva etapa, y los investigadores empezaron a adaptarse a esta realidad (Araújo, 1999).

Beneficios

Entre los beneficios de este estudio se encuentra la alta posibilidad de generar conocimiento y contribuir al campo de las políticas públicas de salud en lo que respecta a las estrategias de prevención del VIH y el sida, mediante el análisis de la dispensación de la PrEP, en el cual fue posible describir el perfil de la población clave que accedió al medicamento en los servicios de salud del SUS en las Unidades Federativas brasileñas.

²⁰ Resolución n° 466, de 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud, que aprueba las directrices y normas reglamentarias de investigaciones que involucren seres humanos. Disponible en: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view> Acceso: 22 nov. 2024.

Fases del estudio

Primera fase: recopilación de datos

La primera fase del estudio involucró la investigación bibliográfica, que buscó responder al problema investigado a través de referencias teóricas publicadas, analizando y discutiendo diversas contribuciones científicas.

Por otro lado, se puede decir que hubo éxito en el momento en que la búsqueda de información bibliográfica nos indicó la ausencia de un mayor número de estudios con temas que tengan como uno de sus objetivos analizar el perfil de quienes utilizan la PrEP, considerando descriptores como dispensación o dispensa, raza/color y género, lo que sustentó una de las justificaciones de la necesidad de este estudio, considerando este “vacío” existente en Brasil (Oliveira; Gomes; Costa, 2023).

Segunda fase: revisión de la literatura y búsqueda documental

La revisión de literatura desempeñó un papel esencial al reunir y evaluar fuentes de investigación que sirvieron como base teórica para este estudio. Se realizaron 02 (dos) búsquedas con descriptores distintos. La lectura profunda e intensa de los textos a ser utilizados, según Motta Roth y Hendges (2010), puede aportar innumerables contribuciones para la identificación de la relación existente entre las investigaciones citadas a partir de diversas argumentaciones.

Tercera fase: elaboración de la base de datos

Esta investigación se propuso analizar el proceso de dispensación de medicamentos para PrEP por el Ministerio de Salud de Brasil, explorando elementos geográficos, demográficos y epidemiológicos asociados a la población clave. En busca de este objetivo, se adoptó un enfoque bibliográfico exploratorio y descriptivo, centrado en el análisis cualitativo y cuantitativo de los documentos del MS referentes a la distribución espacial de los medicamentos para la PrEP entre 2018 y 2021.

Cuarta fase: análisis de datos

Considerando los objetivos de la investigación, en lo que respecta al análisis epidemiológico, una de las propuestas del estudio fue describir la distribución espacial de los medicamentos dispensados para PrEP en Brasil, destacando las variaciones regionales y estatales, y caracterizar el perfil sociodemográfico de la población clave que accedió a la PrEP durante el período analizado, con énfasis en las desigualdades raciales y de género.

Resultados descriptivos

El análisis de los datos revela que la región Sureste concentra la mayor parte de las personas que usan la PrEP, representando el 60,9% del total. La región Sur ocupa el segundo lugar, con un porcentaje del 18,1%, es decir, las regiones Sureste y Sur concentran el 79% de la muestra total. La región Nordeste también presenta una participación considerable, con un 9,7% de las personas en PrEP. Los datos revelan que el rango de edad más representativo entre los/as usuarios/as es de 24 a 29 años, lo que corresponde al 27,4% del total. Esto sugiere una considerable adhesión a la PrEP por parte de adultos jóvenes y destaca la relevancia de esta estrategia de prevención en el grupo etario más activo sexualmente. En segundo lugar, se encuentra el grupo de 30 a 35 años, que representa el 26,2%, reflejando una continuidad en el uso de la PrEP en edades ligeramente más avanzadas. En conclusión, la distribución de estos datos revela una tendencia de mayor adhesión a la PrEP entre los adultos jóvenes, disminuyendo gradualmente con el aumento de la edad.

Al reflexionar sobre el perfil de la población brasileña con énfasis en el recorte de raza/color, independientemente de otras variables como género, orientación sexual, lugar de residencia, entre otras, se observa que, aunque la población negra constituye la mayoría en Brasil, en lo que respecta al uso de la PrEP, representa una minoría entre los usuarios.

El análisis de estos datos revela que la mayoría de los/as usuarios/as de la PrEP tiene un nivel educativo alto, ya que el 75,2% del total tiene 12 años o más de estudios, lo que indica que la mayoría de las personas que utilizan la PrEP en Brasil ha completado la educación secundaria o posee un nivel educativo universitario. El rango de escolaridad de 8 a 11 años, correspondiente a la escuela primaria o enseñanza fundamental completa en varios países con un nivel educativo intermedio, también contribuye de manera significativa al total,

representando el 20,6% de los/as usuarios/as.

Las categorías de menor escolaridad, a saber, sin educación formal (0,2%), de uno a tres años (0,3%) y de cuatro a siete años de estudios (3,7%), presentan porcentajes más bajos de uso de la PrEP. Los datos permiten concluir que la adhesión a la profilaxis está más concentrada en la parte de la población con un historial educativo más alto. Por lo tanto, es fundamental considerar estos datos al desarrollar estrategias de concientización y promoción de la PrEP, de manera que la información sea accesible a todos los niveles educativos y que la prevención del VIH se aborde de manera inclusiva.

La gran mayoría de las personas que usan la PrEP, el 90,5%, nacieron con pene, lo que indica que esta estrategia de prevención del VIH cuenta con una mayor adhesión entre este segmento de la población. Este dato refleja una tendencia histórica, considerando que la PrEP inicialmente fue promovida y estudiada en contextos que involucraban a HSH y otros grupos con mayor vulnerabilidad al VIH.

La representación de las personas que nacieron con vagina en el uso de la PrEP es menor, concentrando solo el 9,5% de la muestra total. Este dato resalta la importancia de dirigir esfuerzos específicos para promover la concientización y el acceso a la PrEP entre estas personas, considerando que también tienen probabilidades de infectarse con el VIH.

Los hombres transexuales componen el 0,6%, las mujeres transexuales el 1,9% y las travestis/mujeres travestis representan el 0,4% del total de usuarios(as) de la PrEP. Estos datos destacan la importancia no solo de reconocer y respetar la diversidad de identidades de género, sino también de desarrollar estrategias de prevención del VIH dirigidas a esta población. Según Spizzirri y colaboradores (2021), con base en una investigación por muestreo siguiendo métodos utilizados para sondeos de opinión del Instituto Datafolha del Brasil, la proporción de la población que se identifica como transgénero y no binaria en Brasil, corresponde a cerca de 1,9%. Entre usuarios/as de PrEP, la suma de las categorías de identidad de género Hombres Trans, Mujeres Trans y Travesti corresponde a 2,9%.

Se evidencia, no obstante, que la proporción de la muestra de quienes se declaran como homosexuales, gays y lesbianas representa la gran mayoría, con un 77,4%. La diversidad en la orientación sexual de las personas que usan la PrEP resalta la importancia de estrategias de concientización que sean accesibles y relevantes para todos los segmentos de la población. A pesar de la relevante sobrerrepresentación de los segmentos homo/bisexual entre usuarios/as de PrEP (~85,6%), es importante recordar que, entre las personas diagnosticadas con HIV en el

año 2023, 53,5% correspondía a las categorías de exposición Homo/bisexual (BRASIL, Ministerio de Salud, 2023).

Es un hecho innegable que la PrEP es una estrategia eficaz para la prevención de la infección por VIH; sin embargo, es importante monitorear la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población que utiliza esta profilaxis, considerando que, aunque reduce el riesgo de infección por VIH, la PrEP no protege contra otras ITS. Esto también constituye una oportunidad para analizar el número de dispensaciones ofrecidas. Partiendo de estas consideraciones, el objetivo de esta sección es analizar la incidencia de notificaciones de casos de ITS entre la población clave que utilizó la PrEP en el período entre 2018 y 2021.

Discusión

Creemos que los resultados presentados aquí en relación con los datos epidemiológicos de la infección por VIH y Sida pueden evidenciar situaciones que se entienden como consecuencias de las vulnerabilidades históricas dentro de la población brasileña, según el recorte de género y raza, visibles de forma más expresiva en personas negras. Como señaló el estudio, esta población tiene una menor adherencia a la PrEP contra el VIH. Este resultado, al compararlo con otros datos, hace evidente que la población negra se encuentra en una situación de mayor desventaja. En el caso de la PrEP, existen algunos grupos o segmentos que presentan un mayor o menor número de dispensaciones, lo cual puede ser indicativo de vulnerabilidad. Este concepto, aunque no es nuevo en la salud pública, se hizo más conocido tras estudios relacionados con la epidemia del VIH/Sida, ya que evidenció aspectos sociales al criticar el riesgo epidemiológico, que sirvió de base para las acciones dirigidas a contener el Sida en el mundo. Esto se puede observar principalmente en los enfoques hacia grupos de riesgo y comportamientos de riesgo (Ayres et al., 2009).

Cuando se asocia con género, ingresos, lugar de residencia, años de estudio y nivel de ingresos, el recorte por raza/color confirma un patrón recurrente en el perfil de la población, con un menor número de dispensaciones de la profilaxis. Menezes *et al.* (2018) afirman que las áreas urbanas asociadas a peores condiciones socioeconómicas están más propensas a casos de VIH. Las personas con bajos ingresos y poca escolaridad, residentes en centros urbanos, presentan un mayor riesgo de infección, con una probabilidad superior al 14% en comparación

con otros grupos.

Los hallazgos en este estudio se relacionan directamente con lo que se ha observado en la literatura y se presentó como contexto en el marco teórico, que a su vez buscó información sobre los conceptos relativos a las cuestiones raciales y las estrategias de enfrentamiento al VIH y al SIDA en Brasil. A partir de diversas fuentes, se favoreció la identificación del significado de algunos de los conceptos trabajados en la tesis. Así, los resultados permiten confirmar la pertinencia de estos conceptos, principalmente en lo que respecta a los números registrados en el Sistema de Control Logístico de Medicamentos (Siclom), relativos al primer año de oferta de la PrEP en Brasil, que indicaron una discrepancia en cuanto al número de dispensaciones para la población clave según el recorte por raza/color. En ese momento, se observó que las variables para negros(as) y pardos(as) con menor nivel de estudio y con menores ingresos, independientemente del segmento en el que se encuentren, son las categorías con el menor número de dispensaciones para el uso de la PrEP en comparación con la variable raza/color de las personas blancas.

A partir de los descubrimientos obtenidos en el estudio, comprendemos que las principales conclusiones pueden señalar la necesidad de potenciar investigaciones, ya que aún enfrentamos una gran dificultad para encontrar otros estudios cuyo objetivo sea verificar el perfil de quienes usan la PrEP a partir del análisis del número de dispensaciones, con énfasis en género y raza. El resultado del análisis del Cuadro 2, referente a la revisión de la literatura, evidenció este "vacío" o incluso esta demanda.

En cuanto a las debilidades y limitaciones del estudio, destacamos que se identificaron algunas restricciones en la investigación, entre ellas la dificultad de trabajar con el concepto de "acceso" para referirnos a quienes utilizaron la PrEP durante el período del estudio. Por esta razón, tomamos como base el término "dispensación", utilizado por el Siclom, para describir a quienes hacen uso de la medicación.

Los resultados analíticos del estudio evidenciaron que la mayoría de la población que recurre a la PrEP son jóvenes homosexuales, un patrón que se interrumpe a partir de los 36 años, cuando prevalece la mayoría de los heterosexuales; este hallazgo es similar a los obtenidos a partir de los resultados descriptivos. En cuanto a la orientación sexual, al analizar la información sobre personas en situación de calle, el resultado indica que la mayoría de ellas es heterosexual.

Respecto a la escolaridad y la orientación sexual, el resultado reveló un escenario

diferente para la categoría de género en relación con la escolaridad, ya que, por un lado, la población heterosexual de la muestra con educación primaria y secundaria es la mayoría, mientras que entre la población homosexual, gay y lesbica, el nivel educativo aumenta, prevaleciendo la educación superior con 12 años o más de estudios, situación que también se repite en la población bisexual de la muestra. Este resultado también se confirmó en los datos del Panel PrEP²¹, con énfasis en el hecho de que la mayoría de las personas que utilizan la PrEP tienen más de 12 años de escolaridad/estudios, y en relación con la raza/color, entre gays y hombres que tienen sexo con otros hombres (58,05%), hombres trans (53,85%) y personas no binarias (53,69%), la mayoría de las personas que utilizan la PrEP, con mayor número de dispensaciones, son personas blancas o amarillas.

Conclusión

El análisis del proceso de dispensación de medicamentos para la PrEP por parte del MS de Brasil, en el período de 2018 a 2021, evidenció que el perfil sociodemográfico de la población clave que hizo uso de la PrEP, desde la perspectiva de las desigualdades de raza/color, está más representado por una población blanca, con alta escolaridad (12 años o más). La orientación sexual predominante es la de hombres gays, residentes en los estados de las regiones Sur y Sudeste.

La descripción espacial de los medicamentos dispensados, según región y Unidades Federativas brasileñas, evidenció que la mayor dispensación de la PrEP ocurrió en las regiones Sur y Sudeste, de acuerdo con la Tabla 3 y las Figuras 10 y 16.

La identificación de los diferenciales internos de la población clave que hizo uso de la PrEP, con énfasis en raza/color, localización, edad, grado de instrucción, sexo, identidad de género y orientación sexual, comparando la población, indicó que las personas negras (negra y parda) presentaron el menor registro en relación al número de dispensaciones del medicamento, según el resultado en las Tablas 9 y 16. Tener dos o más dispensaciones puede ser un indicativo de mayor adherencia.

²¹ El panel de monitoreo de la profilaxis preexposición (PrEP) fue elaborado con el fin de divulgar información sobre la dispensación y el uso de la PrEP en Brasil. Los datos se actualizan mensualmente y pueden ser filtrados por: Brasil, por Unidad Federada (UF), municipios (solo aquellos que realizaron al menos una dispensación en el período analizado) y servicio dispensador.

En relación con las cuestiones de género, aunque no fue un desenlace inesperado, hubo una presencia más expresiva de hombres blancos, con dos o más dispensaciones, mientras que la mayoría de las mujeres recibió solo una dispensación del medicamento. Ser mujer sugiere una menor continuidad en la PrEP; en otras palabras, ser del sexo femenino puede constituir un factor de mayor vulnerabilidad para la baja adherencia a la PrEP en Brasil. De esta manera, el acceso a la PrEP puede estar influenciado por las cuestiones de género, imponiendo a las mujeres, en especial a las mujeres trans autodeclaradas como negras y pardas, una menor adherencia a la PrEP.

En cuanto a la orientación e identidad de género, la menor dispensación se registró para mujeres cis, trans y travestis de color negro o pardo.

Se notificaron casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población clave que utilizó la PrEP. Sin embargo, al hacer comparaciones entre los años y los segmentos de esta población, se observó que el registro no mostró gran significancia, según las Figuras 29, 30 y 31.

Los principales cambios en la política de prevención del VIH en Brasil en relación con la PrEP se dieron en el nuevo protocolo, que desde 2022 prevé el uso de la PrEP para todas las personas, independientemente de pertenecer o no a las poblaciones clave.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução da política de HIV e aids no Brasil tem enfrentado críticas por sua insuficiência em considerar os impactos das desigualdades raciais na resposta à epidemia, resultando em disparidades significativas nos índices de infecção e mortalidade. Os dados apresentados no decorrer deste estudo revelam um aumento alarmante nos casos de HIV entre jovens negros e no número de óbitos por aids entre mulheres pretas, refletindo uma lacuna importante no desenho e na implementação das estratégias de prevenção e cuidado.

Não há dúvidas sobre quem são as pessoas que estão ficando para trás, até porque sempre ficaram ao longo da história. Os dados epidemiológicos nos mostram que as estratégias de prevenção utilizadas não estão sendo eficientes para dar resposta ao novo cenário do HIV e da aids, se o compararmos com o início da epidemia nos anos 1980 e 1990, quando o público-alvo era completamente diferente do atual. Todos os esforços eram então direcionados às especificidades do grupo de homens, gays, brancos e com boa condição econômica, razão pela qual pode também ter sido possível controlar a doença e diminuir drasticamente o número de óbitos e novas infecções. No entanto, com a alteração do público, não temos a mesma efetividade na resposta.

Não se justifica que um país, com todo o investimento realizado e onde há acesso universal ao tratamento e a estratégias de prevenção, ainda tenha um cenário de pessoas em sua maioria negras morrendo de aids, ao mesmo tempo em que jovens negros seguem sendo os que mais de infectam pelo HIV. Há que se reconhecer que estamos falhando e perpetuando políticas públicas alheias à questão racial.

A construção do imaginário de que o corpo negro não é digno de cuidado tem raízes históricas profundamente ligadas ao colonialismo, à escravidão e ao racismo estrutural. No Brasil e em outros países que vivenciaram processos coloniais, corpos negros foram historicamente desumanizados e reduzidos a instrumentos de trabalho. Essa herança perpetua-se no presente, manifestando-se em desigualdades de acesso à saúde, negligência institucional e desvalorização da vida das pessoas negras. A depreciação do cuidado para com corpos negros não é apenas física, mas também simbólica.

No Brasil contemporâneo, o racismo estrutural perpetua a desvalorização dos corpos negros no sistema de saúde. Os dados do Ministério da Saúde mostram que pessoas negras têm menor acesso a serviços de saúde de qualidade e apresentam piores desfechos em várias áreas, incluindo a mortalidade por aids.

É crucial continuar investindo em educação, conscientização e acesso equitativo aos serviços de saúde para combater eficazmente o HIV e a aids e reduzir seu impacto nas comunidades em todo o mundo, mas urge compreender as especificidades de gênero e raça que impõem às pessoas situações desiguais.

O resultado dos estudos nos sugere perceber “Falta de enfoque interseccional nas políticas públicas”

As políticas de HIV e aids no Brasil frequentemente falham em adotar uma abordagem interseccional que contemple raça, gênero e classe. Ao ignorar essas dimensões, as estratégias de enfrentamento tornam-se ineficazes para lidar com a complexidade da epidemia entre as populações negras.

Além disso, a invisibilidade das questões raciais nos discursos oficiais reforça o estigma e limita as ações de conscientização específicas para esses grupos.

Para revertermos essa realidade, é necessário mudanças urgentes, como a produção de campanhas de prevenção voltadas para jovens pretos e mulheres pretas, com linguagens culturalmente sensíveis e que dialoguem com suas realidades; a ampliação do acesso a serviços de saúde em áreas periféricas e comunidades quilombolas, onde a vulnerabilidade ao HIV é mais acentuada; e o investimento na capacitação de profissionais de saúde, que reconheça o impacto dos racismos estrutural e institucional na vida das pessoas negras, garantindo um atendimento acolhedor e livre de discriminação.

De acordo com os resultados do estudo, percebeu-se que os números indicaram que as pessoas negras, possivelmente por enfrentarem obstáculos significativos, acessam menor número de dispensações de medicamentos para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, o que pode, ainda, ser um reflexo das desigualdades estruturais que impactam também o acesso à testagem, ao tratamento e a outras formas de prevenção.

Destaca-se que, ao analisar os dados referentes à raça/cor, foi perceptível que há disparidades em relação ao número de dispensações da PrEP; tal realidade já era previsível, inclusive durante a implantação da profilaxia no país, mas seguimos ainda sem resposta efetiva para esses desafios, o que é preocupante.

Os serviços de saúde, sob a responsabilidade da gestora ou do gestor nos níveis federal, estadual e municipal, devem se atentar para o fato de que a existência dos racismos no Brasil ainda se constitui como uma barreira à saúde; logo, a interpretação da variável raça/cor deve ser considerada nas respostas de políticas públicas, pois o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV também ressalta as desigualdades e iniquidades em saúde existentes na população negra e indígena do Brasil.

É fundamental realizar ações de capacitação de profissionais de saúde para a adoção de comportamentos e práticas que considerem as especificidades, a cultura e o modo de vida das populações originárias e tradicionais do Brasil, para que as estratégias tenham maior efetividade e que seja consolidado o direito à saúde, e que a oferta da PrEP tenha o maior alcance possível, promovendo justiça social.

Por fim, espera-se que os resultados do presente estudo possam agregar ao conjunto de informações necessárias para subsidiar a implementação da estratégia de ampliação do acesso à PrEP no país, na perspectiva do desenvolvimento de planos de trabalho que envolvam prioritariamente lideranças de organizações da sociedade civil do Movimento Negro Brasileiro, no sentido de pautar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e fortalecer as bases comunitárias. Configura-se, portanto, como fundamental envolver amplamente as comunidades na reorganização dos processos para potencializar o acesso à PrEP, rumo à inclusão de estratégias que garantam a participação de pessoas que possuem maior chance de se infectarem pelo HIV, promovendo o uso da PrEP e vinculando a população-chave aos serviços do Sistema Único de Saúde.

Os resultados deste estudo permitem constatar que o acesso à PrEP no Brasil, entre 2018 e 2021, foi marcado por desigualdades estruturais relacionadas à raça/cor, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero e território. As populações mais privilegiadas socioeconomicamente — homens cis, brancos, com escolaridade elevada e residentes no Sudeste — concentraram a maior proporção de dispensações, particularmente aquelas correspondentes a uso contínuo.

Essas evidências não apenas reproduzem padrões já identificados na literatura nacional e internacional, mas também reiteram que a desigualdade racial permanece como uma das mais persistentes barreiras ao acesso equitativo à prevenção do HIV no Brasil. As populações negras

— majoritárias no país — seguem sendo as que menos acessam a PrEP, confirmando vulnerabilidades estruturais e desafios antigos das políticas públicas de saúde.

Em síntese, destacamos as principais implicações e recomendações deste estudo são:

Implicações

1. **Persistência de desigualdades estruturais:** a PrEP, embora eficaz, não tem sido suficiente para superar desigualdades históricas ligadas à raça, classe e territorialidade.
2. **Demanda por políticas específicas para populações vulnerabilizadas:** especialmente pessoas negras, pessoas trans e moradores de regiões com menor infraestrutura de saúde.
3. **Importância de abordagens interseccionais** na formulação de estratégias preventivas.
4. **Desigualdade de conhecimento e percepção de risco,** fortemente vinculada à escolaridade.

Recomendações

1. **Ampliar campanhas de comunicação e educação em saúde** direcionadas às populações negras, periféricas e heterossexuais, com linguagem territorializada.
2. **Expandir a oferta da PrEP para regiões Norte e Nordeste,** com fortalecimento da atenção básica e dos serviços especializados.
3. **Implementar ações antirracistas e antidiscriminatórias nos serviços de saúde,** garantindo acolhimento e adesão.
4. **Criar estratégias específicas para populações trans,** considerando barreiras institucionais historicamente documentadas.
5. **Incentivar estudos futuros com recortes interseccionais mais robustos,** incluindo gênero, raça, classe e território.
6. **Aprimorar sistemas de informação,** garantindo completude e qualidade das variáveis sociodemográficas.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; POBER, Jordan S. *Cellular and molecular immunology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. Richard Parker faz críticas às formas atuais de controle do HIV e propõe um olhar diferente para controle da epidemia de aids. 20 dez. 2018. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/richard-parker-faz-criticas-as-formas-atuais-de-controle-do-hiv-e-propoe-um-olhar-diferente-para-controle-da-epidemia-de-aids>. Acesso em: 3 jun. 2023.

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

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. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25542019.

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, e4311326402, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26402.

ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe; SÁ-SILVA, Jackson Ronie. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v. 1, n. 1, 2009.

ARAÚJO, Laís Záu Serpa de. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, v. 17, supl. 1, p. 57–63, 2003.

ARAÚJO, Laís Záu Serpa de. Verificação da utilização de seres humanos e animais em pesquisas científicas frente aos fundamentos e preceitos da bioética. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense; Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 1999.

ARAÚJO, Marielli Monte et al. Uma compreensão acerca das políticas públicas direcionadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil: uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 7, n. 1, p. 280–292, 2021. DOI: 10.22289/2446-922X.V7N1A20.

ARIAS, Tomás D. *Glossário de medicamentos: desenvolvimento, avaliação e uso*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lutécia Luna. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do

paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 927–937, 2007.

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. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121–143.

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.

BARROS, Sandra Garrido de. *Política nacional de aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/Aids no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2018.

BATISTA, Amanda Trajano. Prevenir ou remediar? Atitudes dos profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

BATISTA, Diego Rafael et al. Perception and barriers to access pre-exposure prophylaxis for HIV/AIDS among men who have sex with men in the Brazilian Amazon: a qualitative study. *PLOS ONE*, v. 19, n. 9, e0296201, 2024.

BORTOLI, Francieli Regina. Participação em saúde e as políticas de enfrentamento das desigualdades sociais em saúde. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel PrEP – Profilaxia pré-exposição ao HIV*. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Brasília, 2022.

CALAZANS, Gabriela et al. Vulnerabilidade programática e cuidado em HIV/AIDS: aspectos teóricos e desafios para o SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 939–950, 2018.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Medicalização, biopoder e produção de subjetividades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 49–65, 2005.

CARVALHO, Silvia Pereira da Silva et al. Adesão à profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP): desafios e perspectivas no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1100–1113, 2021.

CASTRO, Aline Souza de et al. Barreiras e facilitadores ao uso da PrEP no contexto do SUS: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, supl. 1, e20210542, 2022.

CELUM, Connie; BAETEN, Jared M.; MUGWANYA, George. PrEP for HIV prevention: evidence, global implementation, and emerging issues. *Current HIV/AIDS Reports*, v. 16, n. 4, p. 165–176, 2019.

COHEN, Myron S. et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*, v. 375, n. 9, p. 830–839, 2016.

COSTA, Ana Maria et al. Saúde coletiva, democracia e participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1881–1888, 2018.

CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DOURADO, Inês et al. Revisitando a epidemia de AIDS no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, supl. 1, p. 1–8, 2018.

DOURADO, Inês; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena; BARREIRA, Draurio. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS: desafios e perspectivas. *The Lancet*, v. 390, p. 135–138, 2017.

EPSTEIN, Steven. *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press, 1996.

FARMER, Paul. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2003.

FARIA, Rogério Silva et al. Implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) no SUS: desafios e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 3, e2020150, 2020.

FIOCRUZ. *A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: tendências e respostas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

FIOCRUZ. *Relatório anual de atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

FONSECA, Eliane Aparecida da et al. Prevenção combinada do HIV: conceitos, políticas e práticas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 2, p. 190–203, 2018.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

GARCIA, Sandra Regina de Almeida et al. Acesso e adesão à profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil: desafios para a prevenção do HIV. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 45, e45, 2021.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 79–108.

GRANGEIRO, Alexandre et al. HIV/AIDS no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 1, e190001, 2019.

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, 2014.

GRINSZTEJN, Beatriz et al. PrEP uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV infection: the PrEP Brasil demonstration project. *The Lancet HIV*, v. 4, n. 4, p. e142–e152, 2017.

GRINSZTEJN, Beatriz et al. Transcendendo as fronteiras: acesso de mulheres trans e travestis à prevenção e cuidado em HIV. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, supl. 1, p. 113–124, 2017.

HABERER, Jessica E. Current concepts for PrEP adherence in the PrEP era. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 11, n. 1, p. 10–17, 2016.

HABERMAS, Jürgen. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

HAIRE, Bridget. Pre-exposure prophylaxis-related stigma: strategies to improve uptake and adherence – a narrative review. *HIV/AIDS – Research and Palliative Care*, v. 7, p. 241–249, 2015.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HOLT, Matthew et al. HIV prevention, treatment and care among men who have sex with men and transgender people in Latin America: challenges and opportunities. *Journal of the International AIDS Society*, v. 21, supl. 1, e25013, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: indicadores de saúde e mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2022: resultados gerais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, DF: IPEA, 2020.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Ética e pesquisa científica. *Revista Bioética*, v. 12, n. 1, p. 43–52, 2004.

JESUS, Giselle Ribeiro de et al. Vulnerabilidade social e acesso à profilaxia pré-exposição ao HIV no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, e00040120, 2020.

JOHNSON, Blair T. et al. HIV prevention research: translating evidence into practice. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 49, n. 2, p. 227–236, 2015.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Diversidade sexual e políticas públicas: avanços e limites. *Revista Brasileira de Educação*, v. 14, n. 40, p. 221–234, 2009.

KALICHMAN, Seth C. *Positive prevention: reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS*. New York: Springer, 2005.

KNAUTH, Daniela Riva et al. Vulnerabilidade social e HIV/AIDS no Brasil: desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1735–1744, 2020.

LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992. p. 133–161.

LIMA, Vanessa Leite de et al. Barreiras ao acesso à profilaxia pré-exposição ao HIV no SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, e190693, 2020.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 35, p. 80–94, 1995.

LUNA, Francisco; SALLES, Ana Lúcia. *Bioética: fundamentos e práticas*. São Paulo: Loyola, 2010.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. (org.). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

MENEZES, C. A. et al. Desigualdades sociais e vulnerabilidade ao HIV: análise das condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 2, p. 1–10, 2018.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTEIRO, Simone et al. Estigma, discriminação e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 153–164, 2019.
- MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira. Vulnerabilidade social e HIV/AIDS: desafios para as políticas públicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 439–460, 2009.
- NASCIMENTO, Elaine Ferreira do et al. Desigualdades sociais e acesso à PrEP no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, 2021.
- NUNN, Amy S. et al. Biomedical HIV prevention: where are we now? *Current HIV/AIDS Reports*, v. 14, n. 1, p. 1–7, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guidelines on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care*. Geneva: World Health Organization, 2016.
- PAIVA, Vera. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde sexual em tempos de AIDS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 13–28, 2002.
- PAIVA, Vera et al. Práticas de prevenção e cuidado em HIV/AIDS: desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 7, p. 1989–2000, 2015.
- PARKER, Richard. *Beneath the equator: cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York: Routledge, 1999.
- PARKER, Richard. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 633–644, 2013.
- PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, v. 57, n. 1, p. 13–24, 2003.
- PINTO, V. M. et al. Prevenção combinada do HIV e a implementação da PrEP no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, supl. 1, p. 20s–28s, 2018.
- PIMENTA, Cristina et al. Prevenção combinada do HIV no Brasil: desafios para a implementação no SUS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, supl. 1, e180019, 2018.

QUEIROZ, Tatiana da Silva et al. Desafios para a implementação da PrEP no sistema público de saúde brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.

RANGEL, Rebeca et al. Barreiras institucionais e acesso à profilaxia pré-exposição ao HIV no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, e200672, 2021.

REIS, Renata dos Santos et al. A prevenção combinada do HIV e os desafios para sua efetivação no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, e280406, 2018.

RIBEIRO, Daniel de Figueiredo et al. Estigma e acesso aos serviços de saúde entre populações-chave para o HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, e00100518, 2019.

ROCHA, Sonia. *Pobreza no Brasil: a evolução de longo prazo (1970–2014)*. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

RODRIGUES, Alexandre Grangeiro et al. PrEP no Brasil: desafios para a equidade no acesso. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, supl. 1, e200009, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Cristiane Soares et al. Prevenção combinada do HIV no Brasil: desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 131–143, 2020.

SANTOS, E. P. Raça, vulnerabilidade e HIV: desigualdades estruturais no acesso à prevenção no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 5, p. 1–12, 2016.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 71–99, 1995.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desigualdades sociais, estigma e prevenção do HIV no Brasil contemporâneo. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 22, p. 203–223, 2016.

SILVA, Maria do Carmo Leal da et al. Vulnerabilidade social e HIV/AIDS: desafios para a saúde pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, n. 3, p. 527–536, 2019.

SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

TARANTOLA, Daniel. A rights-based approach to public health. *Health and Human Rights*, v. 2, n. 1, p. 3–14, 1996.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNAIDS. *Global AIDS update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022.

UNAIDS. *Understanding fast-track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015.

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, sexualidade e saúde: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1719–1728, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing HIV, viral hepatitis and other STIs among men who have sex with men and transgender people*. Geneva: World Health Organization, 2011.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOUNG, Ingrid et al. PrEP awareness, acceptability and usage: a systematic review of international literature. *AIDS and Behavior*, v. 24, p. 357–371, 2020.

ZUCCHI, Eliana Miura et al. Estigma relacionado ao HIV e barreiras ao acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 5, p. 914–922, 2013.

APENDICE

Apêndice A

Tabelas Siclom

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros. Brasil, 2018 a 2021.

Variável	n	%
Total	1334	100,0
Faixa etária		
18 a 23 anos	212	15,9
24 a 29 anos	362	27,1
30 a 35 anos	349	26,2
36 a 41 anos	224	16,8
42 a 47 anos	90	6,7
48 a 53 anos	54	4,0
54 a 59 anos	33	2,5
60 anos ou. Mais	10	0,7
Raça/cor		
Branca	797	59,7
Parda	381	28,6
Preta	137	10,3
Amarela	14	1,0
Indígena	5	0,4
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma/sem educação formal	3	0,2
1 a 3 anos	4	0,3
4 a 7 anos	49	3,7
8 a 11 anos	275	20,6
12 anos ou mais	1003	75,2
Órgão genital de nascimento		
Pênis	1207	90,5
Vagina	127	9,5
Identidade de gênero		
Homem	1169	87,6
Homem transexual	8	0,6
Mulher	125	9,4
Mulher transexual	26	1,9
Travesti/Mulher travesti	6	0,4
Orientação sexual		
Heterossexual	192	14,4
Bissexual	109	8,2
Homossexual/Gay/Lésbica	1033	77,4
Nacionalidade		
Brasileiro	1309	98,1
Estrangeiro	25	1,9
Pessoa em situação de rua		
Sim	18	1,3
Não	1316	98,7

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros. Brasil, 2018 a 2021.

Variável	n	%
Total	1334	100,0
Nacionalidade		
Brasileiro	1309	98,1
Estrangeiro	21	1,6
Sem informação	4	0,3
Região de residência		
Norte	49	3,7
Nordeste	129	9,7
Sudeste	812	60,9
Sul	241	18,1
Centro-Oeste	44	3,3
Sem informação/Estrangeiro	59	4,4
Faixa etária		
18 a 23 anos	213	16,0
24 a 29 anos	365	27,4
30 a 35 anos	349	26,2
36 a 41 anos	222	16,6
42 a 47 anos	88	6,6
48 a 53 anos	54	4,0
54 a 59 anos	33	2,5
60 anos ou. Mais	10	0,7
Raça/cor		
Branca	797	59,7
Parda	381	28,6
Preta	137	10,3
Amarela	14	1,0
Indígena	5	0,4
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma/sem educação formal	3	0,2
1 a 3 anos	4	0,3
4 a 7 anos	49	3,7
8 a 11 anos	275	20,6
12 anos ou mais	1003	75,2
Órgão genital de nascimento		
Pênis	1207	90,5
Vagina	127	9,5
Identidade de gênero		
Homem	1169	87,6
Homem transexual	8	0,6
Mulher	125	9,4
Mulher transexual	26	1,9
Travesti/Mulher travesti	6	0,4
Orientação sexual		
Heterossexual	192	14,4
Bissexual	109	8,2
Homossexual/Gay/Lésbica	1033	77,4
Pessoa em situação de rua		
Sim	18	1,3
Não	1316	98,7

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

	Sim	%	Não	%	p
Sim	14	77,8	4	22,2	1,000
Não	1031	78,3	285	21,7	

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

Tabela 2. Características sociodemográficas dos usuários de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros segundo orientação sexual. Brasil, 2018 a 2021.

Variável	Heterossexual		Bissexual		Homossexual/Gay/Lésbic a		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Total	192	100,0	109	100,0	1033	100,0	-
Região de residência							
Norte	12	6,3	0	0,0	37	3,6	
Nordeste	33	17,2	10	9,2	86	8,3	
Sudeste	79	41,1	74	67,9	659	63,8	
Sul	52	27,1	20	18,3	169	16,4	<0,001
Centro-Oeste	7	3,6	2	1,8	35	3,4	
Sem Informação/Estrangeiro	9	4,7	3	2,8	47	4,5	
Faixa etária							
18 a 23 anos	23	12,0	23	21,1	167	16,2	
24 a 29 anos	26	13,5	26	23,9	313	30,3	
30 a 35 anos	43	22,4	27	24,8	279	27,0	
36 a 41 anos	55	28,6	12	11,0	155	15,0	
42 a 47 anos	18	9,4	8	7,3	62	6,0	<0,001
48 a 53 anos	18	9,4	6	5,5	30	2,9	
54 a 59 anos	8	4,2	5	4,6	20	1,9	
60 anos ou. Mais	1	0,5	2	1,8	7	0,7	
Raça/cor							
Branca	90	46,9	56	51,4	651	63,0	
Parda	78	40,6	34	31,2	269	26,0	
Preta	19	9,9	18	16,5	100	9,7	<0,001
Amarela	3	1,6	0	0,0	11	1,1	
Indígena	2	1,0	1	0,9	2	0,2	
Escolaridade (em anos de estudo)							
Nenhuma/sem educação formal	2	1,0	1	0,9	0	0,0	
1 a 3 anos	3	1,6	0	0,0	1	0,1	
4 a 7 anos	37	19,3	3	2,8	9	0,9	<0,001
8 a 11 anos	81	42,2	23	21,1	171	16,6	
12 anos ou mais	69	35,9	82	75,2	852	82,5	
Órgão genital de nascimento							
Pênis	74	38,5	103	94,5	1030	99,7	<0,001
Vagina	118	61,5	6	5,5	3	0,3	
Identidade de gênero							
Homem	54	28,1	101	92,7	1014	98,2	
Homem transexual	4	2,1	1	0,9	3	0,3	
Mulher	116	60,4	6	5,5	3	0,3	<0,001
Mulher transexual	17	8,9	0	0,0	9	0,9	
Travesti/Mulher travesti	1	0,5	1	0,9	4	0,4	
Pessoa em situação de rua							
Sim	7	3,6	1	0,9	10	1,0	
Não	185	96,4	108	99,1	1023	99,0	0,012

Fonte: acessado em gosto/2023

Tabela 3. Número de dispensas de medicamentos de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) para usuários segundo orientação sexual. Brasil, 2018 a 2021

Histórico de IST	Heterossexual		Bissexual		Homossexual/Gay/Lésbica		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Total	192	100,0	109	100,0	1033	100,0	-
<i>Pelo menos uma IST</i>							
Sim	33	17,2	19	17,4	204	19,7	0,631
Não	159	82,8	90	82,6	829	80,3	
<i>Feridas na vagina/pênis</i>							
Sim	2	1,0	2	1,8	15	1,5	0,845
Não	190	99,0	107	98,2	1018	98,5	
<i>Feridas no ânus</i>							
Sim	1	0,5	1	0,9	23	2,2	0,207
Não	191	99,5	108	99,1	1010	97,8	
<i>Verrugas na vagina/pênis</i>							
Sim	2	1,0	2	1,8	9	0,9	0,619
Não	190	99,0	107	98,2	1024	99,1	
<i>Verrugas no ânus</i>							
Sim	1	0,5	0	0,0	18	1,7	0,179
Não	191	99,5	109	100,0	1015	98,3	
<i>Pequenas bolhas na vagina/pênis</i>							
Sim	5	2,6	2	1,8	21	2,0	0,862
Não	187	97,4	107	98,2	1012	98,0	
<i>Pequenas bolhas no ânus</i>							
Sim	0	0,0	0	0,0	5	0,5	0,481
Não	192	100,0	109	100,0	1028	99,5	
<i>Corrimento vaginal</i>							
Sim	13	6,8	6	5,5	30	2,9	0,019
Não	179	93,2	103	94,5	1003	97,1	
<i>Diagnosticado com sífilis</i>							
Sim	13	6,8	6	5,5	83	8,0	0,566
Não	179	93,2	103	94,5	950	92,0	
<i>Diagnosticado com gonorréia</i>							
Sim	1	0,5	3	2,8	36	3,5	0,086
Não	191	99,5	106	97,2	997	96,5	

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

Tabela 4. Número de dispensas de medicamentos de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) para usuários segundo características sociodemográficas. Brasil, 2018 a 2021

Variáveis	Uma dispensa		Duas ou mais		p-valor*
	n	%	n	%	
Total	1045	78,3	289	21,7	-
Região de residência					
Norte	42	85,7	7	14,3	0,090
Nordeste	110	85,3	19	14,7	
Sudeste	621	76,5	191	23,5	
Sul	185	76,8	56	23,2	
Centro-Oeste	37	84,1	7	15,9	
Sem informação/Estrangeiro	50	84,7	9	15,3	
Faixa etária					
18 a 23 anos	160	75,5	52	24,5	0,054
24 a 29 anos	269	74,3	93	25,7	
30 a 35 anos	286	81,9	63	18,1	
36 a 41 anos	170	75,9	54	24,1	
42 a 47 anos	77	85,6	13	14,4	
48 a 53 anos	46	85,2	8	14,8	
54 a 59 anos	28	84,8	5	15,2	
60 anos ou. Mais	9	90,0	1	10,0	
Raça/cor					
Branca	619	77,7	178	22,3	0,686
Parda	299	78,5	82	21,5	
Preta	110	80,3	27	19,7	
Amarela	13	92,9	1	7,1	
Indígena	4	80,0	1	20,0	
Escolaridade (em anos de estudo)					
Nenhuma/sem educação formal	2	66,7	1	33,3	0,719
1 a 3 anos	3	75,0	1	25,0	
4 a 7 anos	42	85,7	7	14,3	
8 a 11 anos	212	77,1	63	22,9	
12 anos ou mais	786	78,4	217	21,6	
Órgão genital de nascimento					
Pênis	937	77,6	270	22,4	0,070
Vagina	108	85,0	19	15,0	
Identidade de gênero					
Homem	913	78,1	256	21,9	0,014
Homem transexual	8	100,0	0	0,0	
Mulher	104	83,2	21	16,8	
Mulher transexual	18	69,2	8	30,8	
Travesti/Mulher travesti	2	33,3	4	66,7	
Orientação sexual					
Heterossexual	160	87,4	23	12,6	0,179
Bissexual	86	72,9	32	27,1	
Homossexual/Gay/Lésbica	799	77,3	234	22,7	
Nacionalidade					
Brasileiro	1022	78,1	287	21,9	0,153
Estrangeiro	23	92,0	2	8,0	
Pessoa em situação de rua					
Sim	14	77,8	4	22,2	1,000
Não	1031	78,3	285	21,7	

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

Tabela 5. Número de dispensas de medicamentos de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) para usuários segundo frequência de uso e histórico de IST. Brasil, 2018 a 2021

Histórico de IST	Total		Uma dispensa		Duas ou mais		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Total	1334	100,0	1045	78,3	289	21,7	-
<i>Pelo menos uma IST</i>							
Sim	256	19,2	204	19,5	52	18,0	0,617
Não	1078	80,8	841	80,5	237	82,0	
<i>Feridas na vagina/pênis</i>							
Sim	19	1,4	18	1,7	1	0,3	0,142
Não	1315	98,6	1027	98,3	288	99,7	
<i>Feridas no ânus</i>							
Sim	25	1,9	20	1,9	5	1,7	1,000
Não	1309	98,1	1025	98,1	284	98,3	
<i>Verrugas na vagina/pênis</i>							
Sim	13	1,0	10	1,0	3	1,0	1,000
Não	1321	99,0	1035	99,0	286	99,0	
<i>Verrugas no ânus</i>							
Sim	19	1,4	15	1,4	4	1,4	1,000
Não	1315	98,6	1030	98,6	285	98,6	
<i>Pequenas bolhas na vagina/pênis</i>							
Sim	28	2,1	23	2,2	5	1,7	0,793
Não	1306	97,9	1022	97,8	284	98,3	
<i>Pequenas bolhas no ânus</i>							
Sim	5	0,4	4	0,4	1	0,3	1,000
Não	1329	99,6	1041	99,6	288	99,7	
<i>Corrimento vaginal</i>							
Sim	49	3,7	38	3,6	11	3,8	1,000
Não	1285	96,3	1007	96,4	278	96,2	
<i>Diagnosticado com sífilis</i>							
Sim	102	7,6	79	7,6	23	8,0	0,920
Não	1232	92,4	966	92,4	266	92,0	
<i>Diagnosticado com gonorréia</i>							
Sim	40	3,0	29	2,8	11	3,8	0,475
Não	1294	97,0	1016	97,2	278	96,2	

Fonte: Siclom acessado em agosto/2023

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado

ANEXOS

Anexo A

Ficha de Atendimento para PrEP

Anexo B

Formulário de Cadastramento de usuários SUS – PrEP

Anexo C

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

Anexo D

Parecer Consubstanciado do CEP

02 - Ficha de Primeiro Atendimento para PrEP

1. Nº do Prontuário	2. Nº do Cartão SUS	3. Data: ____/____/____
4. Nome Social (quando aplicável):		5. CPF:
6. Nome Civil:		7. Data de Nascimento:
8. Qual a principal razão da sua vinda a este serviço de saúde hoje? <input type="radio"/> Vim fazer teste de HIV <input type="radio"/> Vim buscar informação/atendimento <input type="radio"/> Vim buscar PEP <input type="radio"/> Vim buscar PrEP (responder 8a e 8b)		
8a. O que o motivou a buscar PrEP? <input type="radio"/> Encaminhado por profissional de saúde/outro serviço <input type="radio"/> Sensibilizado por comunicação impressa / internet / campanha / educador de par / amigo <input type="radio"/> Fui orientado por ONG	8b. Você já usou PrEP anteriormente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, por meio de Projeto PrEP Brasil <input type="radio"/> Sim, por iniciativa própria (responder 8c) <input type="radio"/> Sim, por meio do projeto Combina (FMUSP)	8c. Há quanto tempo você está em uso ou fez uso de PrEP? _____ meses
Critérios de Elegibilidade para uso de PrEP		
9. Você teve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas? Se SIM, avaliar PEP. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por relação sexual desprotegida <input type="checkbox"/> Sim, por violência sexual <input type="checkbox"/> Sim, por compartilhamento de seringa e/ou agulha <input type="checkbox"/> Sim, por acidente perfuro-cortante		10. Quantas vezes você usou PEP nos últimos 12 meses? (Inserir quantidade, inclusive se for 0): () Nº de vezes
11. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas você teve relação sexual? (Inserir a quantidade em todos os campos, inclusive se for 0) () Homens () Mulheres () Mulheres Transexuais () Travestis/ Mulheres travestis () Homens Transexuais		
12. Nos últimos 3 meses, com que frequência você usou preservativo em suas relações sexuais? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Menos da metade das vezes <input type="radio"/> Metade das vezes <input type="radio"/> Mais da metade das vezes <input type="radio"/> Todas as vezes		
13. Nos últimos 6 meses, você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM preservativo? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Anal Insertivo (penetrar o ânus) <input type="checkbox"/> Anal Receptivo (ser penetrado/a no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal Insertivo (penetrar a vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal Receptivo (ser penetrada na vagina) <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)		
14. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual SEM preservativo com parceiras (os) HIV+? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/> Não se aplica (usou preservativo em todas as relações sexuais ou não teve relação sexual)		
15. Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
16. Nos últimos 6 meses, tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado com Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? (Marcar as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Feridas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Feridas no ânus <input type="checkbox"/> Verrugas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Verrugas no ânus <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas na vagina/no pênis <input type="checkbox"/> Pequenas bolhas no ânus <input type="checkbox"/> Corrimento vaginal ou uretral ou retal de cor diferente, com mau cheiro ou coceira <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com sífilis <input type="checkbox"/> Fui diagnosticado com Gonorréia/Clamídia Retal		
17. Planejamento Reprodutivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		18. Está Gestante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica
Avaliação de outros fatores associados à infecção pelo HIV		
19. Nos últimos 3 meses, você bebeu 5 ou mais doses de álcool durante um período de aproximadamente duas horas? Uma dose é o equivalente a uma lata de cerveja/copo de chopp, OU um cálice de vinho OU uma dose (30 ml) de um destilado (vodka, whisky, cachaça, licor, tequila, etc) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
20. Nos últimos 3 meses, quais das seguintes substâncias você usou? (Marcar todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Cocaína/Pasta de Coca <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> Club drugs (ketamina, ecstasy, LSD, GHB, sais de banho, etc) <input type="checkbox"/> Estimulantes para ereção (Sildenafil, Viagra®, Cialis®, Levitra®, Helleva®) <input type="checkbox"/> Solvente <input type="checkbox"/> Não usei nenhuma das substâncias anteriores		
21. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (Apenas uso sem prescrição médica) <input type="radio"/> Não, nunca <input type="radio"/> Sim, nos últimos 3 meses <input type="radio"/> Sim, mas não nos últimos 3 meses		
22. Nos últimos 3 meses você compartilhou instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
Potenciais critérios de exclusão para uso de PrEP		
23. Nos últimos 30 dias, você teve algum episódio de febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas? (Se sim, avaliar suspensão da PrEP e investigar infecção viral aguda) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
24. Tem histórico de fratura óssea não relacionada a trauma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
25. Tem histórico de doença renal ou outras doenças crônicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe		
26. O usuário ASSINOU o termo de consentimento livre e esclarecido do protocolo ImPrEP, sobre o monitoramento da implementação da PrEP no SUS, autorizando que seus dados sejam utilizados sob anonimato e sigilo pelo estudo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica		
Exame de Elegibilidade	Data da Coleta	Resultado do Exame
27. Teste Rápido de HIV realizado hoje		<input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Reagente
28. Vacinação para Hepatite B: <input type="radio"/> Esquema Completo (3 doses em carteirinha ou Anti-Hbs reagente) <input type="radio"/> Encaminhado para vacinação <input type="radio"/> Não Realizado/Indisponível		
29. Conduta do Atendimento: <input type="radio"/> Encaminhamento para exames e para PrEP (ver lista de exames* no verso) <input type="radio"/> Encaminhamento para avaliação de PEP <input type="radio"/> Investigar possível janela imunológica <input type="radio"/> Não é elegível para PrEP <input type="radio"/> Outras condições clínicas e/ou de saúde que contraindicam uso de PrEP		
30. Prescrição: <input type="radio"/> TDF/FTC para 30 dias Data da Prescrição: ____/____/____	31. Médico: CRM: _____ Assinatura: _____	32. Assinatura do usuário(a): _____

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

As alternativas com ícone “○” indicam que uma única resposta é possível

As alternativas com ícone “□” indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

1. **Número do Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde
2. **Número do Cartão SUS:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão SUS do usuário.
3. **Data:** Inserir a data de atendimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
4. **Nome social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuírem nome social que divirja do nome de registro.
5. **CPF:** Inserir o CPF do usuário **(Preenchimento obrigatório, exceto para população indígena e pessoas em situação de rua)**
6. **Nome civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações. **(Preenchimento obrigatório)**
7. **Data de nascimento:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa. **(Preenchimento obrigatório)**
8. **Motivação da visita:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para sua vinda ao serviço na presente data.
- 8a. **Motivação para PrEP:** Inserir a principal razão relatada pelo(a) usuário(a) para buscar PrEP.
- 8b. **Uso anterior de PrEP:** Inserir se o/a usuário/a já fez uso de PrEP anteriormente.
- 8c. **Tempo de uso anterior de PrEP:** Inserir o tempo em meses, caso o(a) usuário(a) já tenha utilizado PrEP anteriormente.
9. **Exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas:** Selecionar o campo adequado à resposta do(a) usuário(a). Caso tenha havido exposição, avaliar imediatamente a PEP. **(Preenchimento obrigatório).**
10. **Uso repetido de PEP nos últimos 12 meses:** Inserir a quantidade de vezes que a pessoa relatou usar Profilaxia Pós Exposição ao HIV nos últimos 12 meses, inclusive se for zero. **(Preenchimento obrigatório).**
11. **Número de parcerias sexuais:** Inserir a quantidade de parceiros sexuais, nos últimos 3 meses, (as) em todas as categorias de forma declarada pelo (a) usuário (a). Marque 0 nos campos em que não tenha parceria relatada e, se não souber, informar número aproximado **(Preenchimento obrigatório)**
12. **Uso de Preservativos:** Inserir a frequência relatada pelo usuário/a sobre seu uso de preservativo nos últimos 3 meses. **(Preenchimento obrigatório)**
13. **Tipo de relações sexuais SEM preservativo:** Marcar todas as relações sexuais relatadas sem uso de preservativo nos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
14. **Parceria HIV positiva SEM preservativo:** Indicar se houve relação sexual sem preservativo com pessoa HIV positiva nos últimos seis meses. Se parceria HIV positiva, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
15. **Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços:** Marcar a resposta declarada pelo(a) usuário(a), referente aos últimos seis meses. Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório)**
16. **Sintomas ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST):** Assinalar todos os campos aplicáveis de acordo com a resposta do(a) usuário(a). É importante ler e esclarecer todos sintomas, para que o(a) usuário(a) escolha a(s) alternativa(s) adequada(s). Se afirmativo, preliminarmente elegível para PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
17. **Planejamento Reprodutivo:** Informar se o(a) usuário (a) tem interesse em usar PrEP para concepção em parceira sorodiferente. **(Preenchimento obrigatório).**
18. **Gestante:** Marcar a resposta dada pelo(a) usuário(a). **(Preenchimento obrigatório).**
19. **Uso de álcool:** Assinalar se nos últimos 3 meses houve uso de álcool (5 ou mais doses em até 2 horas).
20. **Uso de drogas:** Assinalar as substâncias utilizadas nos últimos 3 meses.
21. **Uso de drogas injetáveis:** Assinalar se a pessoa já fez uso de drogas injetáveis. Em caso afirmativo, informar se foi ou não durante os últimos três meses.
22. **Compartilhamento de instrumentos para uso de anabolizantes/bomba/hormônios/silicone:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a).
23. **Sintomas de infecção viral aguda:** Assinalar de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, investigar infecção pelo HIV. **(Preenchimento obrigatório).**
24. **Histórico de fratura óssea não relacionada a trauma:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
25. **Histórico de doença renal ou outras doenças crônicas:** Selecionar o campo de acordo com a resposta do(a) usuário(a). Se afirmativo, inelegível para uso de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**
26. **Autorização de fornecimento de dados:** Para os serviços participantes do estudo ImPrEP, assinalar se o(a) usuário(a) aceita fornecer seus dados (incluir apenas HSH e pessoas trans). Para os demais serviços, marcar “não se aplica”.
27. **Teste Rápido de HIV:** Inserir resultado de teste rápido de HIV utilizando amostra de sangue realizado no dia da dispensação. Se reagente, fica inelegível para uso de PrEP. Se inconclusivo ou discordante, realizar os testes indicados para confirmação, de acordo com algoritmo de testagem preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. **(Preenchimento obrigatório).**
28. **Vacinação para Hepatite B:** Informar se o usuário tem comprovação das 3 doses em carteira de vacinação ou com Anti-Hbs reagente ou se encaminhado para imunização.
29. **Conduta:** Assinalar de acordo com a avaliação e desfecho do atendimento.

* Lista de Exames a serem solicitados/ realizados, se PrEP for indicada. (os resultados devem estar disponíveis na consulta em 30 dias)

✓ Carga Viral do HIV (em caso de suspeição de janela imunológica)	✓ Teste de triagem de sífilis	✓ Exame para identificação de IST (Clamídia e Gonococo), quando disponível	
✓ Teste para Hepatite B (HBsAg)	✓ Titulação de anticorpos contra o HBV (Anti-HBs)	✓ Teste para Hepatite C (Anti-HCV)	
✓ Avaliação de Proteinúria	✓ Enzimas Hepáticas (AST/ALT)	✓ Creatinina Sérica	✓ Vacinação para HBV

30. **Prescrição para PrEP:** Assinalar a alternativa para prescrição inicial (30 dias) de PrEP. **(Preenchimento obrigatório).**

31. **Médico:** Informar data do atendimento, CRM e assinatura do médico. **(Preenchimento obrigatório).**

32. **Usuário(a):** Solicitar assinatura do(a) usuário(a), após dispensação do medicamento.

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP

Julho/2021

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - Prontuário	4 - Identificação Preferencial do Usuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			
6 - Nome Social			
7 - Nome Completo da Mãe*			
8 - Data de Nascimento*	9 - País de Nascimento*	10 - Nacionalidade*	
11 - Situação do estrangeiro:		12 - Residência do estrangeiro	
13 - UF*	14 - Cidade de Nascimento*	15 - Pessoa em situação de rua no momento	16 - Órgão Genital de Nascimento
17 - Orientação Sexual		18 - Identidade de Gênero	
19 - Raça/cor*	20 - Escolaridade	21 - Você faz trabalho sexual?	22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?
23 - Endereço:			
24 - Bairro			25 - CEP
26 - UF*	27 - Cidade de Residência*	28 - E-mail	
29 - Telefone para contato (DDD+Número)		30 - Em atendimento no serviço de saúde:*	
31 - Responsável pelo Preenchimento Data: __/__/____ _____ (carimbo e assinatura)		32 - Usuário SUS Data: __/__/____ _____ (assinatura)	

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

--	--

2 - Nº de Prontuário

3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta

4 - Sexo

Feminino Masculino

5 - Data da exposição

6 - Circunstância de exposição

- Acidente Ocupacional
 Exposição Sexual Consentida
 Planejamento Reprodutivo
 Violência Sexual
 Outros _____

7 - Nº de dias para dispensa

Transmissão Vertical:

- Parturiente
 RN de mãe infectada pelo HIV

8 - Categoria de usuário (Populações Chave)

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens
 Profissional do Sexo
 Pessoas que usam álcool e outras drogas
 Transexual
 Travesti
 Outras populações

9 – Esquema preferencial para PEP

- Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r)
 (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)

10 – Esquemas alternativos para PEP

- Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir 100mg (r)
 (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)
- Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg+50mg
 (1 comp./dia) (4 comp./dia)
- Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg
 (2 comp./dia) (1 comp./dia)

11 – Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)

Tenofovir / Lamivudina	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia		
Zidovudina / Lamivudina	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia		
Abacavir - ABC	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 20mg/mL /dia
Didanosina - ddi	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 400mg /dia
Estavudina - d4T	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 1mg/mL/dia
Lamivudina - 3TC	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
Tenofovir - TDF	<input type="checkbox"/>	comp. de 300 mg/dia		
Zidovudina - AZT	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	Solução injetável 10 mg/mL/dia
			<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 10mg/mL /dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)

Efavirenz - EFZ	<input type="checkbox"/>	comp. de 600 mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 200 mg /dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 30 mg/mL /dia
Nevirapina - NVP	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg/dia			<input type="checkbox"/>	mL de suspensão oral 10mg/mL /dia

Inibidores de Protease (IP)

Atazanavir - ATV	<input type="checkbox"/>	caps. de 200mg/dia	<input type="checkbox"/>	caps. de 300 mg /dia		
Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg /dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 75mg /dia
					<input type="checkbox"/>	comp. de 600mg /dia
Fosamprenavir - FPV	<input type="checkbox"/>	comp. de 700mg/dia			<input type="checkbox"/>	mL de suspensão oral 50mg/mL/dia
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="checkbox"/>	comp. de 200mg / 50 mg/dia	<input type="checkbox"/>	Comp. de 100mg / 25mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia
Ritonavir - RTV	<input type="checkbox"/>	caps. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia	<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 80mg/mL/dia
Saquinavir - SQV	<input type="checkbox"/>	caps. mole de 200mg/dia				

ARV de Terceira Linha

Darunavir - DRV	<input type="checkbox"/>	comp. de 300mg/dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg /dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 75mg /dia	<input type="checkbox"/>	comp. de 600mg /dia
Enfuvirtida - T-20	<input type="checkbox"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia						
Etravirina - ETR	<input type="checkbox"/>	comp. de 100mg/dia						
Maraviroque - MVQ	<input type="checkbox"/>	comp. de 150mg/dia						
Raltegravir - RAL	<input type="checkbox"/>	comp. de 400 mg/dia						
Tipranavir - TPV	<input type="checkbox"/>	caps. de 250mg/dia			<input type="checkbox"/>	mL de sol. oral 100mg/mL/dia		

12 - Médico

Data ____/____/____ CRM : _____

(carimbo e assinatura)

13 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF : _____

(carimbo e assinatura)

14 - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".

Versão Setembro – 2015

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01 - Nome do usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 03 – Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta
- 04 – Sexo de nascimento:** informar o sexo ao nascimento
- 05- Data da exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 06 – Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.
- 07- N° de dias para dispensa:** Informar o número de dias de profilaxia dispensado.
- 08 - Categoria de Usuário:** Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.
- 09- Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)_{300/300mg} + ATAZANAVIR_{300mg} + ritonavir_{100mg},** 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido.
- 10- Esquemas Alternativos de PEP:** Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP
TDF/3TC + ATV/r	TDF	AZT/3TC + ATV/r
	ATV/r	AZT/3TC + LPV/r
	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF

11- Medicamentos ARV: Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

12 – Médico: Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

13 - Farmacêutico responsável: Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa.

14 - Dispensa: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SOBRE O PERFIL DA POPULAÇÃO CHAVE QUE ACESSA A PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO (PrEP) AO HIV NO BRASIL

Pesquisador: DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52664821.4.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.214.947

Apresentação do Projeto:

Conforme o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832959.pdf' postado em 28/12/2021:

"Desenho:

O Desenho do estudo utiliza informações de acesso e de domínio público, com metodologia quantitativa envolvendo o uso de dados secundários a partir de informações pré-existentes disponibilizados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), por meio de relatórios/gráficos que o Departamento irá disponibilizar somente com as informações de interesse do estudo (sem possibilidade de identificar o sujeito) para que seja possível descrever e analisar o perfil (utilizando as variáveis de local de residência, idade, raça/cor, sexo e orientação sexual) das populações chave que acessou a PrEP nos serviços de saúde de referência para PrEP do Brasil no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021. O tipo de abordagem desse projeto de pesquisa é a metodologia quantitativa, mas também incorpora pesquisa documental descritiva de artigos e outras publicações (todas de domínio público) buscando descrever outras situações baseadas nos condicionantes sociais que possam estar associados ao menor acesso a PrEP de parte do seguimento das populações chave no Sistema Único de Saúde - SUS com registro no Siclom com

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

ênfase na variável raça/cor."

"Resumo:

Introdução: Desde o ano de 2021 a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP), uma tecnologia que tem por objetivo prevenir contra o HIV, utilizada em países como Bélgica, Canadá, Estados Unidos, África do Sul, França. No Brasil é ofertada no Sistema único de Saúde (SUS) de forma efetiva desde o ano de 2018. A PrEP faz parte da estratégia denominada "Prevenção Combinada", que inclui diferentes medidas de proteção ao HIV. Objetivo: Analisar os dados registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Ministério da Saúde para identificar o perfil da população chave que acessou a Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros com ênfase nas variáveis raça/cor idade, escolaridade, local de residência, sexo e orientação sexual. Método: Estudo quantitativo e descritivo tendo como fonte de análise de dados secundários os registros do Siclom referentes aos indivíduos adultos da populações-chave, (gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo - e casais soro diferentes) com idade de 18 a 60 anos ou mais, que acessaram a PrEP com recorte nas variáveis de sexo, raça/cor, localidade, idade e orientação sexual no período 2018 a 2021. Método estatístico de análise dos dados. As análises estatísticas serão realizadas mediante uso de uma distribuição de frequência utilizando o software estatístico R versão 2.16 e será utilizado o Excel para elaboração e análise do banco de dados. Será feita uma tabulação organizada dos números de registros no Ciclom de acordo com cada categoria de variáveis de interesse do estudo. A análise exploratória dos dados será realizada a partir de informações sistematizadas do Ciclom, os dados serão compilados de acordo com as variáveis de interesses relacionadas ao local de residência (cidade e região), idade, sexo, orientação sexual, raça / cor, escolaridade. A partir dos resultados da coleta as informações serão sistematizadas para elaboração de tabelas e gráficos e outras publicações de domínio público subsidiarão o resultado final desse estudo sobre o acesso a PrEP."

"Hipótese:

1- Analisar o perfil da população chave que faz uso da PrEP no Brasil com ênfase nas variáveis raça/cor contribui para evidenciar que as registradas como pretas e pardas acessam menos os serviços de saúde independente do seguimento a qual pertence essa população.2-

Existem discrepâncias no acesso a PrEP quando comparamos as variáveis registradas para localidade, provavelmente as que vivem nas regiões Sul e Sudeste têm mais acesso do que aquelas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

que vivem em outras regiões do Brasil."

"Metodologia Proposta:

O estudo será desenvolvido em uma perspectiva histórica dialética, onde a metodologia adotada será a pesquisa quantitativa, caracterizada como uma pesquisa que pressupõe o concreto, o que é visível e quantificável. (POLIT et al., 2004). Utiliza análise de dados secundários a partir de informações pré-existentes disponibilizados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), para identificar o perfil da população que acessou a PrEP nos serviços de saúde referencia para essa tecnologia no Brasil no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, considerando as informações relacionadas a localidade, raça/cor, idade, escolaridade, sexo e orientação sexual. O tipo de abordagem desse projeto de pesquisa é a metodologia quantitativa, aliado a leitura de artigos e outras publicações (todas de domínio público) buscando também descrever outras situações baseadas nos condicionantes sociais que possam estar associados ao menor acesso a PrEP das populações chave no Sistema Único de Saúde - SUS. Serão analisados todos os dados registradas no Siclom de indivíduos adultos da populações- chave, que concentram a maior prevalência de HIV (gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo - e casais soro diferentes) com idade de 18 a 60 anos ou mais, que acessaram a PrEP com recorte nas variáveis de interesse do estudo no período pesquisado.

Critério de Inclusão:

Informações de indivíduos adultos da populações-chave (gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo - e casais soro diferentes) com idade de 18 a 60 anos ou mais, que acessaram a PrEP com recorte nas variáveis de sexo, raça/cor, localidade, idade e orientação sexual no período 2018 a 2021, conforme bando de dados disponibilizados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS).

Critério de Exclusão:

Serão excluídos todos as informações de indivíduos com idade inferior a 18 anos e superior a 60 anos da base de dados não incluído no grupo de populações-chave."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

"Metodologia de Análise de Dados:

Coleta, criação e manejo do banco de dados. As análises estatísticas serão realizadas mediante uso de uma distribuição de frequência utilizando o software estatístico R versão 2.16 e será utilizado o Excel para elaboração e análise do banco de dados. Será feita uma tabulação organizada dos números de registros no Ciclom de acordo com cada categoria de variáveis de interesse do estudo. A análise exploratória dos dados será realizada a partir de informações sistematizadas do Ciclom, os dados serão compilados de acordo com as variáveis de interesses relacionadas ao local de residência (cidade e região), idade, sexo, orientação sexual, raça / cor, escolaridade. A partir dos resultados da coleta as informações serão sistematizadas para elaboração de tabelas e gráficos e outras publicações de domínio público subsidiarão o resultado final desse estudo sobre o acesso a PrEP.

Desfecho Primário: Ao final do estudo espera-se ter analisado banco de dados do ciclom e avaliado o acesso dos diferentes seguimentos das populações chave a PrEP estabelecendo comparações entre as variáveis com os perfis identificados como maior e menor acesso de modo que sejam elaboradas propostas de ações para fomentar maior possibilidade de uso/adesão da PrEP na perspectiva de reduzir o risco de infecção por HIV a essa população. Alguns dos resultados esperados ao final do estudo: 1. Ter analisado os dados registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Ministério da Saúde para identificar o perfil da população chave que acessou a Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros, no período de 2018 a 2021. 2. Descrição das características da população chave que acessou a PrEP de acordo com o comportamento das variáveis de estudo; 3. Comparações das variáveis de estudo com a situação de vulnerabilidade social do seguimento da população chave que registrou menor acesso a PrEP o período estudado. 4. Análise das variáveis associadas ao registro de acesso a PrEP por segmento da população chave com ênfase em raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo e orientação sexual. 5. Identificação de casos de infecção pelo HIV ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na população chave em uso da PrEP no período de estudo. 6.

Elaboração de proposta com ações de fomento à ampliação do acesso a PrEP destinado a população chave com o menor número de registro no Ciclom para contribuir com a redução do número de infecções de casos de HIV/aids nesse seguimento.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

Desfecho Secundário:

Ter conhecimento e Identificado o perfil das populações chaves a partir da sistematização das variáveis secundárias registradas no banco de dados do Ciclom, subsidiando a gestão nas questões que envolve acesso a PrEP no Brasil. Ter compreendido situações de vulnerabilidades dessa população que potencializa uma possível baixa na adesão a PrEP. Apresentar o resultado do estudo em congressos, seminários e outros eventos científicos no sentido de disseminar informações que possam contribuir com outros estudos; Subsidiar o projeto de Pos Doc que irei concorrer em 2023.

Tamanho da Amostra no Brasil: 0

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Utiliza análise de dados secundário a partir de informações pré-existentes disponibilizados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), para descrever o perfil da população que acessou a PrEP nos serviços de Saúde de Referência das capitais do Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, considerando informações relacionadas a localidade, raça/cor, idade, grau de instrução, sexo e orientação sexual, sem qualquer outra variável de identificação das pessoas. Incorpora ainda o tipo de pesquisa com metodologia descritiva e exploratória na medida em que ali sistematização da leitura de artigos e publicações (todas de domínio público) buscando também descrever outras situações baseadas nos condicionantes sociais que possam estar associados ao maior ou menor acesso a PrEP das populações chave no Sistema Único de Saúde(SUS)."

"Propõe dispensa do TCLE?"

Sim

Justificativa:

Justifica-se: Considerando que a dispensa do TCLE se pauta na (s) seguinte (s) justificativa (s): 1. Com base na resolução no 510 em virtude de que esse estudo utiliza apenas informações de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

acesso público nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011. No caso do nosso estudo, ele irá utilizar informações de domínio público; informações extraídas de banco de dados, tratadas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, sem possibilidade de identificação individual da população chave que acessou a PrEP nos serviços de saúde de Referência das capitais do Brasil, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2021.2. O estudo será desenvolvido em uma perspectiva histórica dialética, onde a metodologia adotada será a pesquisa quantitativa, com análise desses dados secundários, pré-existentes, sistematizadas e disponibilizados a partir dos dados oriundos do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). O tipo de abordagem desse projeto de pesquisa quantitativa, incorpora os subsídios das leituras de artigos científicos e outras publicações (todas de domínio público).3. É também um estudo que pode ser considerado retrospectivo, salienta-se que uso das informações procedentes dos dados do Siclom, serão disponibilizadas para a pesquisadora apenas com as variáveis de interesse, o que não prevê nominar os sujeitos, não permitirá a assimilação de informações pessoais capazes de identificar a pessoa que fez uso da PrEP no período a ser analisado."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832959.pdf' postado em 28/12/2021:

"Objetivo Primário:

Analisar os dados registrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Ministério da Saúde para identificar o perfil das populações chave que acessou a Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) nos serviços de saúde dos estados brasileiros, no período de 2018 a 2021.

Objetivo Secundário:

1. Descrever as características das populações chave que acessou a PrEP considerando o comportamento das variáveis de estudo para estabelecer possíveis comparações com a situação de vulnerabilidade social.2. Analisar as variáveis associadas ao registro de acesso a PrEP por segmento das populações chave com ênfase em raça/cor, localidade, idade, grau de instrução, sexo e orientação sexual.3. Verificar se houve registro de casos de infecção pelo HIV ou outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na população chave em uso da PrEP no período de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

estudo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832959.pdf' postado em 28/12/2021:

"Riscos:

Não há riscos potenciais envolvendo seres humanos diretamente, trata-se de uma pesquisa com análise de dados secundários que indiretamente envolvem pessoas que utilizaram a PrEP e foram registradas no Ciclom. As informações extratidas do bancos de dado Siclom a serem analisadas não oferecem possibilidades de identificar os indivíduos considerando que iremos receber a sistematização com apenas as variáveis de interesse, não há "nomes" ou outras informações passíveis de identificar as pessoas.

Benefícios:

Elevada possibilidade de gerar conhecimento a partir do estudo sobre o perfil da população que acessa a PrEP no SUS com base na análise das variáveis raça/cor do Ciclom. Elaboração de propostas para os gestores no sentido de ampliar o acesso para o seguimento da população chave que apresentou baixo acesso a PrEP proporcionando uso da tecnologia para prevenção do HIV nessa população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. São membros da equipe: Damiana Bernardo de Oliveira Neto, que é a Pesquisadora responsável, e o prof. Dr. Edgar Merchan Hamann, que é o orientador.

No cronograma está previsto a coleta de dados iniciar em 15/02/22 ou imediatamente após aprovação pelo CEP.

O orçamento, de financiamento próprio, prevê gastos no total de R\$ 1.750,00 com revisão de texto e impressão da tese.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832959.pdf" postado em 28/12/2021.
2. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Projeto_de_Pesquisa.doc" postado em 28/12/2021.
3. Solicitação de dispensa de TCLE: "TCLE_Solicita_dispensa.docx" postado em 28/12/2021.
4. Carta ao CEP-FS: "Carta_Respostas_Pend_Apontadas_pelo_CEP.pdf" postada em 28/12/2021.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 5.124.855:

1. Sobre a análise de riscos:

1.1. O item V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS constante na Resolução 466/2012 diz "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico."

RESPOSTA: Em relação ao item V dos RISCOS E BENEFÍCIOS, foi solicitado "Retirar riscos mínimos" no TCLE e na PB. Assim informo que: No TCLE, páginas e 1e 2 foram retirados os termos solicitados e fizemos alterações nos parágrafos 1, 2 e 3.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Considerando-se que não existe atualmente nenhuma resolução que tipifique a gradação de riscos aos participantes, e que "Os potenciais riscos associados a pesquisa devem ser descritos no TCLE, sem subestimá-los" (Resolução CNS 466/2012, item III.1.b), solicita-se que termos como "riscos mínimos" devem ser suprimidos no TCLE, na PB, e nos demais documentos. Solicita-se adequação.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.947

RESPOSTA: No PB na página 16: item 1.3 AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS, 3.3.1 Riscos, foi excluído o temo riscos mínimos e foi alterado os parágrafos 1, 2 e 3.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se esclarecimentos sobre se os dados disponibilizados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde do Brasil são anonimizados e codificados bem como são domínio público, ou se os dados apresentam informações que permitem a identificação dos participantes. Caso o banco de dados possua dados nominais, deve ser apresentado um termo de autorização de acesso ao banco de dados para fins de pesquisa.

RESPOSTA: Esclarecemos que com certeza os Bancos de dados do Ministério da Saúde (MS) possuem informações que identificam os sujeitos, tais como nome, endereço, idade, estado civil, idade, etc. Eu já trabalhei como consultora técnica nesta área, sou epidemiologista. Contudo, quando me referi a informações de domínio público, fiz uma referência diretamente ao fato de que: As informações que terei acesso são “públicas” desde que as pessoas não sejam identificadas, peço desculpas por não ter me expressado bem. Mas deixo registrado aqui que algumas das informações do estudo serão “oriundas” do banco de dados “Siclom”, após um funcionário do MS extrair as informações de interesse da pesquisa, respeitando o sigilo das informações “nominativas”, com isso ele irá sistematizar em “tabelas”, inserindo apenas as variáveis de interesse para o estudo. É neste sentido que qualquer pesquisador poderá ter acesso desde que formalmente solicitadas e sem identificação das pessoas que usam a medicação ou serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim irei receber apenas um documento” consolidado” com as variáveis de interesse da pesquisa, não havendo qualquer possibilidade de identificar as pessoas (população chave). Outros dados de domínio público que também serão utilizados no estudo podem ser acessados (sem identificação dos sujeitos) no site do Ministério da Saúde, a exemplo do link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/dados-atualizados-de-prep-e-pep-estao-disponiveis-para-consulta>

Da mesma forma estou utilizando informações de artigos, livros, blogs, conforme dispostos na referência do projeto.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.214.947

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832959.pdf	28/12/2021 01:45:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.doc	28/12/2021 01:44:32	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Solicita_dispensa.docx	28/12/2021 01:40:23	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	Carta_Respostas_Pend_Apontadas_pelo_CEP.pdf	28/12/2021 01:38:23	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	3_Carta_em_resp_as_pend_19_Out_2021.pdf	19/10/2021 12:26:48	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Parecer Anterior	2_Carta_em_resp_as_pend_15_Out_2021_18h56.pdf	19/10/2021 09:43:14	Bruna Carvalho Fernandes	Aceito
Parecer Anterior	Carta_em_resp_as_pend_15_Out_2021.pdf	15/10/2021 13:24:27	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	Termo_de_concord_instit_proponente_unb.doc	15/10/2021 12:33:06	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_pdf.pdf	11/10/2021 20:11:07	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia_Unb_pdf.pdf	08/10/2021 13:50:05	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	CV_Lattes.pdf	06/10/2021 18:04:39	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	06/10/2021 18:00:42	DAMIANA BERNARDO DE	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.214.947

Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	06/10/2021 18:00:42	OLIVEIRA NETO	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termo_de_Resp_e_Comp_Pesq_resp.pdf	06/10/2021 17:57:38	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/10/2021 17:53:00	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito
Cronograma	Cronograma_projeto.pdf	06/10/2021 17:48:32	DAMIANA BERNARDO DE OLIVEIRA NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 28 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Fabio Viegas Caixeta
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com