

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EDUARDA LUIZA MACIEL DA SILVA

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PrEP):
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES(AS) E
USUÁRIOS LGBTQIAPN+

CHAPECÓ

2026

EDUARDA LUIZA MACIEL DA SILVA

**PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PrEP):
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES(AS) E
USUÁRIOS LGBTQIAPN+**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestra em Enfermagem ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf), Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó-SC, área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa 2: Processos formativos e educativos em Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho

Coorientadora: Profa. Dra. Eleine Maestri

CHAPECÓ

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Silva, Eduarda Luiza Maciel da
Profilaxia Pré-exposição ao Vírus HIV (PrEP):
Representações sociais de profissionais de saúde,
gestores (as) e usuários LGBTQIAPN+ / Eduarda Luiza
Maciel da Silva. -- 2026.
174 f.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva
Filho

Co-orientadora: Profa. Dra. Eleine Maestri
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Chapecó, SC, 2026.

1. Profilaxia Pré-Exposição. 2. Infecções por HIV. 3.
Enfermagem em Saúde Pública. 4. Minorias Sexuais e de
Gênero. 5. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. I.
Silva Filho, Cláudio Claudino da, orient. II. Maestri,
Eleine, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).


EDUARDA LUIZA MACIEL DA SILVA

**PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PrEP):
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES(AS) E
USUÁRIOS LGBTQIAPN+**


Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestra em Enfermagem ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf), Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó-SC, área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa 2: Processos formativos e educativos em Enfermagem em Saúde Coletiva.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 07/04/2026


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **CLAUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO**
Data: 27/05/2026 21:55:32-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho – UFFS
Presidente / Orientador

Documento assinado digitalmente
 **ELEINE MAESTRI**
Data: 01/06/2026 11:38:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. Eleine Maestri – UFFS
Coorientadora

Documento assinado digitalmente
 **MARCELA MARTINS FURLAN DE LEO**
Data: 01/06/2026 16:15:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Marcela Martins Furlan de Leo – UFFS
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **JEFERSON SANTOS ARAUJO**
Data: 01/06/2026 12:27:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Jeferson Santos Araujo – UFFS / UFBA
Avaliador

Documento assinado digitalmente
 **ANDERSON REIS DE SOUSA**
Data: 01/06/2026 15:28:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Anderson Reis de Souza – UFBA
Avaliador

A todas as pessoas que, de diferentes formas,
contribuíram para a construção deste trabalho.
Que cada passo dado na produção deste estudo
seja também um pequeno gesto de
reconhecimento às histórias, às lutas e às vidas
que inspiram esta pesquisa.
E, sobretudo, a quem, dia após dia, luta pelo
direito simples e profundo de ser quem é.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação foi um percurso de aprendizado, desafios e amadurecimento. Ao longo desse caminho, foi necessário cultivar paciência, disciplina e sensibilidade para atravessar cada etapa do processo de pesquisa. Assim, reconheço, com carinho, o esforço e a dedicação investidos na construção deste trabalho, que representa não apenas um produto acadêmico fruto de muita dedicação, mas também parte importante da minha trajetória pessoal e profissional. À Universidade Federal da Fronteira Sul, espaço que me tornei além de enfermeira, uma pessoa essencialmente diferente, onde também tive a oportunidade de seguir ampliando meus horizontes por meio do mestrado. A Universidade me proporcionou não apenas conhecimento técnico e científico, mas também experiências humanas e coletivas que transformaram minha forma de ver o mundo. Agradeço aos professores e professoras que, com generosidade e compromisso com o ensino, contribuíram para minha formação crítica e sensível. Aos servidores e servidoras que, muitas vezes nos bastidores, sustentam diariamente o funcionamento da universidade e tornam possível a realização do ensino, da pesquisa e da extensão. E também às amizades construídas nesse percurso, que deram leveza aos dias difíceis, compartilharam risos, angústias e conquistas, tornando essa caminhada muito mais leve. Ao meu orientador e minha coorientadora pela confiança depositada neste trabalho e pelas contribuições fundamentais ao longo de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa. À banca examinadora, pela disponibilidade em ler e avaliar este estudo, bem como pelas contribuições e reflexões que certamente enriquecem este trabalho. Aos participantes desta pesquisa, que generosamente compartilharam suas experiências, percepções e vivências. Sem a disponibilidade e a confiança de cada um de vocês, este estudo não seria possível. Minha sincera gratidão por contribuírem para a construção de conhecimentos que podem fortalecer o cuidado e as políticas de saúde. À minha família, pelo apoio constante e pelo carinho que sempre me acolhe. Em meio à rotina intensa da vida acontecendo, os encontros familiares — especialmente os almoços de domingo — foram momentos de pausa, afeto e renovação das energias, lembrando-me da importância dos vínculos e do cuidado com aqueles que caminham ao nosso lado. Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para que esta pesquisa se tornasse possível. Cada gesto de apoio, incentivo e presença fez parte desta trajetória.

RESUMO

Diante da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), o governo brasileiro, em articulação com organizações da sociedade civil e movimentos sociais, desenvolveu estratégias para o enfrentamento da infecção, entre elas a disponibilização da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde (SUS). A PrEP consiste no uso combinado de medicamentos antirretrovirais capazes de reduzir significativamente o risco de aquisição do HIV, sendo incorporada gradativamente aos Serviços de Atenção Especializada (SAE) em HIV/Aids no Brasil desde 2017. No município em que a pesquisa foi desenvolvida, a implementação dessa estratégia ocorreu apenas no ano de 2023, configurando-se como um serviço recente no território. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as representações sociais de profissionais de saúde do SAE HIV/Aids e Unidades Básicas de Saúde (UBS), usuários LGBTQIAPN+ que fazem uso de PrEP e gestores (as) do SUS sobre o uso da PrEP em um município do estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi estruturadas, e os dados foram analisados por meio da análise temática proposta por Braun e Clarke, utilizando-se a triangulação de dados. Participaram do estudo 08 usuários de PrEP, 14 gestores (as) e 11 profissionais de saúde vinculados ao SAE HIV/Aids e à Atenção Primária à Saúde (APS). Os resultados evidenciaram que a PrEP é representada pelos usuários principalmente como estratégia associada à segurança, tranquilidade e prevenção do HIV, enquanto profissionais e gestores (as) destacaram desafios relacionados à organização dos serviços e ao acesso à profilaxia. Entre as principais fragilidades identificadas destacam-se a centralização da dispensação da PrEP no SAE, além de barreiras relacionadas ao preconceito e à desinformação sobre a população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde. Por outro lado, também foram identificadas potencialidades relacionadas ao papel dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, na orientação, acompanhamento e incentivo ao uso da profilaxia, bem como na promoção de um cuidado mais seguro e integral. Conclui-se que a implementação da PrEP representa um avanço importante nas estratégias de prevenção ao HIV, entretanto ainda existem desafios relacionados à ampliação do acesso, à descentralização da oferta e à qualificação da assistência prestada.

Palavras-chave (DECS/BVS): Profilaxia Pré-Exposição; Infecções por HIV; Enfermagem em Saúde Pública; Minorias Sexuais e de Gênero; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

In response to the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) epidemic, the Brazilian government, in conjunction with civil society organizations and social movements, developed strategies to combat the infection, including the provision of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) to HIV within the Unified Health System (SUS). PrEP consists of the combined use of antiretroviral medications capable of significantly reducing the risk of HIV acquisition, and has been gradually incorporated into Specialized Care Services (SAE) for HIV/AIDS in Brazil since 2017. In the municipality where the research was conducted, the implementation of this strategy only occurred in 2023, making it a recent service in the territory. In this context, the present study aimed to analyze the social representations of health professionals from the HIV/AIDS Specialized Care Service (SAE HIV/AIDS) and Basic Health Units (UBS), LGBTQIAPN+ users who use PrEP, and SUS (Brazilian Public Health System) managers regarding the use of PrEP in a municipality in the state of Santa Catarina. This is a qualitative, descriptive, and exploratory study based on the Theory of Social Representations (TSR). Data collection was carried out through semi-structured interviews, and the data were analyzed using thematic analysis as proposed by Braun and Clarke, employing data triangulation. The study included 8 PrEP users, 14 managers, and 11 healthcare professionals linked to the HIV/AIDS Specialized Care Service (SAE) and Primary Health Care. The results showed that PrEP is primarily represented by users as a strategy associated with safety, tranquility, and HIV prevention, while professionals and managers highlighted challenges related to the organization of services and access to prophylaxis. Among the main weaknesses identified were the centralization of PrEP dispensing in the SAE, as well as barriers related to prejudice and misinformation about the LGBTQIAPN+ population in health services. On the other hand, potential opportunities were also identified related to the role of healthcare professionals, especially nurses, in guiding, monitoring, and encouraging the use of prophylaxis, as well as in promoting safer and more comprehensive care. It is concluded that the implementation of PrEP represents an important advance in HIV prevention strategies; however, challenges remain related to expanding access, decentralizing the provision of services, and improving the quality of care provided.

Keywords (DECS/BVS): Pre-Exposure Prophylaxis; HIV Infections; Public Health Nursing; Sexual and Gender Minorities; Equity in Access to Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada	23
Figura 2 - Mapa Temático de Análise	49
Figura 3 - Nuvem de palavras e termos mais evocados pelos gestores (as) e profissionais assistenciais	67
Figura 4 - Nuvem de palavras e termos mais evocados pelos usuários	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos usuários de PrEP	57
Quadro 2 - Caracterização do perfil dos gestores(as)	61
Quadro 3 - Caracterização do perfil dos profissionais assistenciais	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
CAI	Centro de Atendimento aos Imigrantes
CICr	<i>Clearance</i> de creatinina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DFC	Associação em Dose Fixa Combinada
eMulti	Equipes Multiprofissionais
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTC	Entricitabina
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção a Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Transexuais/Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binário e outras possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero
MAB	Movimento de Atingidos por Barragens
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Profilaxia Pós Exposição ao HIV
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH	Política Nacional de Humanização
PNSI LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV ou Aids
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TDF	Fumarato de Tenofovir Desoproxila
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNA LGBT	União Nacional LGBT
UNC	Universidade do Contestado
Unochapecó	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UJS	União da Juventude Socialista
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 (RE)CONHECENDO E ENFRENTANDO O HIV/AIDS: AVANÇOS E DESAFIOS	20
3.2 A MANDALA DE PREVENÇÃO COMBINADA E A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP)	25
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): (RE)SIGNIFICANDO PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VULNERABILIDADES	34
4 MATERIAL E MÉTODOS	42
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	42
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	44
4.3 PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS	49
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	55
5.1.1 Usuários de PrEP	55
5.1.2 Gestores (as) do SUS	59
5.1.3 Profissionais assistenciais do SAE HIV/Aids e APS	63
5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PREP	67
5.2.1 Gestores (as) do SUS e profissionais assistenciais	67
5.2.2 Usuários	78
5.3 CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	83
5.3.1 “Eu não vejo hoje um benefício para o nosso município. Mas por quê? Porque ela não é de fato acessada como deveria”: barreiras para o acesso à PrEP	83
5.3.2 “Será que eu tô no lugar certo? Vale a pena enfrentar fila?”: preconceitos e acesso à saúde	90
5.3.3 “ É LGBT mais um monte de siglas que a gente não tem conhecimento sobre todos”: atendimento e acesso da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde	104
5.3.4 “Poder viver sem receio”: potencialidades e estratégias de superação	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE ASSISTENCIAIS	160

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GERÊNCIA	162
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA USUÁRIOS DE PREP LGBTQIAPN+	164

APRESENTAÇÃO

Nessa fase de apresentação, gostaria de descrever os caminhos que me trouxeram a esse momento acadêmico, bem como as motivações pelo tema da presente pesquisa. Primeiramente destaco que, como mulher LGBTQIAPN+, a luta por direitos fundamentais sempre esteve presente, principalmente durante o período do final do ensino fundamental e começo do ensino médio, momentos que tive uma maior proximidade com os movimentos sociais, devido ao contexto político e social da época. Além disso, o sonho da graduação em uma universidade federal também sempre se fez presente, bem como a continuidade da trajetória acadêmica não só como uma quebra geracional, como também pela motivação de uma maior compreensão de mundo e oportunidades de estudo a respeito de temas que sempre tive interesse, com o intuito de promover mudanças, mesmo que locais.

Logo durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) tive a oportunidade de participar de diversos projetos de pesquisa e extensão que me proporcionaram um conhecimento muito mais abrangente a respeito de diversos temas, sendo todos fundamentais para o meu desenvolvimento como pesquisadora. Sobre isso, preciso destacar o efeito do projeto de pesquisa “Identidade de gênero, orientação sexual, comunidade LGBTQIA+ e pessoas trans: o que pensam e como agem discentes universitários(as) da área de saúde?”. Participar do mesmo foi essencial para ter uma maior compreensão das experiências individuais e coletivas dessa população e perceber que pesquisas relacionadas a esse assunto podem, e devem, dar visibilidade e voz a indivíduos ainda tão marginalizados. Essa com certeza foi uma das experiências que ampliou os meus horizontes a respeito do poder da pesquisa acadêmica na transformação social.

Além disso, aliado às experiências individuais prévias, as vivências proporcionadas pela Universidade, seja no *campus* ou na motivação para participação de atos e movimentos sociais, fez crescer em mim também o interesse pelo estudo de populações vulneráveis. Frente a isso, o meu Trabalho de Conclusão de Curso teve como tema principal as vivências de mulheres frente à escolha pelo Parto Domiciliar Planejado, destacando a discussão do empoderamento feminino, as diversas formas de violência que foram vivenciadas por essas mulheres e o poder de escolha acima de tudo.

Ainda durante a graduação, o interesse pela temática em relação à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) surgiu após vivências acadêmicas no setor de Gestão de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde, o

qual gerencia o Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids do município, e, portanto, foi presenciado o processo de implementação da PrEP, assim como suas potencialidades e dificuldades.

Ao término da graduação, atuei como Enfermeira Assistencial em um Pronto Atendimento do município, além de lecionar para um curso técnico de enfermagem, o que aumentou a vontade pela docência. Dessa forma, assim que o Mestrado em Enfermagem foi anunciado, já sabia qual seria o próximo passo na construção da minha trajetória acadêmica. Durante o desenvolvimento da pesquisa, não desenvolvi uma atuação exclusiva ao Mestrado, devido fatores externos que não me permitiram essa dedicação exclusiva. Dessa forma, atuei no mercado de trabalho fora da área da Enfermagem durante o desenvolvimento da pesquisa, o que em suma não prejudicou a construção da mesma. A respeito do tema, aliado ao interesse em analisar a implementação da PrEP no município, também havia o interesse pelo estudo dos direitos de populações vulneráveis, em especial a LGBTQIAPN+ e assim o tema foi escolhido em conjunto com o meu orientador.

Por fim, buscamos através desse estudo que dialogou com profissionais, gestores (as) e usuários LGBTQIAPN+, desenvolver uma pesquisa que auxilie na implementação de um cuidado humanizado, integral e efetivo, além de destacar e apoiar a luta da garantia de direitos básicos e fundamentais não apenas para a (sobre)vivência da população LGBTQIAPN+, mas sim por uma vida digna, com acesso à saúde, educação, justiça social e equidade.

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) constitui, desde a década de 1980, um dos maiores desafios para a saúde pública mundial. Mesmo após avanços significativos no campo científico, legislativo e social, a infecção pelo HIV permanece como um problema relevante, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, estigmas e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, o enfrentamento da epidemia exige estratégias abrangentes que envolvam ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo das pessoas expostas ou vivendo com o vírus.

O HIV é um retrovírus que afeta o sistema imunológico, principalmente relacionado à depleção dos linfócitos CD4+, levando a uma imunodeficiência severa, que deixa o indivíduo suscetível a infecções oportunistas. A infecção pelo HIV pode compreender três fases, a depender do tratamento realizado, sendo elas a fase aguda, a assintomática e a sintomática. A fase aguda ocorre após a transmissão viral através de fluidos corporais, durando em média entre duas a três semanas. Nesse primeiro estágio, 50 a 90% dos indivíduos podem apresentar um quadro clínico semelhante a outras infecções, como febre, astenia, mialgia, cefaleia, entre outros. A segunda fase compreende uma diminuição e estabilização da viremia, sendo portanto assintomática, iniciando-se no sexto mês de infecção, podendo durar entre cinco e nove anos. Após a replicação potente do vírus, o sistema imunológico sofre um intenso comprometimento, levando a uma imunodeficiência grave de difícil recuperação, chamada de Aids, tornando o indivíduo fortemente suscetível a infecções (Alencar *et al.*, 2022).

No Brasil, a resposta à epidemia de HIV/Aids consolidou-se ao longo das últimas décadas por meio da articulação entre o Estado, a sociedade civil, movimentos sociais e Organizações Não Governamentais (ONGs) (Marques, 2002), processo que resultou na construção de políticas públicas inovadoras, como o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) além da ampliação das estratégias de prevenção, com a incorporação de novas tecnologias e fortalecimento do conceito de prevenção combinada.

A prevenção combinada, por sua vez, consiste na integração de diferentes estratégias de prevenção do HIV, que incluem abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais. Uma das estratégias para redução dos casos é a disponibilização pelo SUS da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) que consiste no uso combinado de dois antirretrovirais orais, o Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF) e a

Entricitabina (FTC), que atuam reduzindo o risco de adquirir a infecção. A PrEP foi instituída no SUS em 2017, e foi incorporada de forma gradativa nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) em HIV e Aids (Brasil, 2017a). Essa abordagem busca reconhecer a diversidade de contextos sociais e comportamentos relacionados à exposição ao vírus, ampliando as possibilidades de proteção e promovendo maior autonomia aos indivíduos.

Entretanto, a efetividade dessa estratégia depende de diversos fatores, incluindo o acesso aos serviços de saúde, a adesão ao tratamento, o acompanhamento regular dos usuários e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, a organização dos serviços e a forma como os diferentes atores envolvidos compreendem o uso da PrEP podem influenciar diretamente no acesso à profilaxia, sua utilização e seus resultados em saúde. Ainda, historicamente, a epidemia de HIV/Aids sempre foi associada a populações marginalizadas, especialmente à comunidade LGBTQIAPN+, que enfrentou — e ainda enfrenta — diversos processos de estigmatização, discriminação e exclusão social. Esses fatores impactam diretamente o acesso aos serviços de saúde e podem constituir barreiras significativas para o acesso a uma saúde integral.

Diante disso, no Brasil, a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) representa um marco importante na tentativa de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e promover a equidade no cuidado. Essa política estabelece diretrizes voltadas à promoção da saúde dessa população, ao enfrentamento da discriminação institucional e à qualificação da atenção prestada pelos serviços de saúde. Entre seus objetivos destacam-se a ampliação do acesso, o atendimento humanizado e a promoção de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento, incluindo aquelas relacionadas ao HIV/AIDS (Brasil, 2013a). A política, portanto, legitima as necessidades dessa população e busca garantir uma atenção integral, com um cuidado transversal a outras políticas do SUS, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Além disso, a organização da rede de atenção à saúde no SUS desempenha papel fundamental na implementação das estratégias de prevenção do HIV. A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada dos usuários no sistema e exerce função estratégica no reconhecimento de populações em situação de vulnerabilidade, no desenvolvimento de ações de educação em saúde e na articulação com os serviços especializados da rede. Entretanto, desafios relacionados à centralização da distribuição da PrEP, falta de capacitação profissional e ideias estigmatizantes por parte dos profissionais e gestores (as), podem dificultar a sua oferta, especialmente às populações mais vulneráveis.

No município em que a pesquisa foi realizada, a rede de atenção à saúde é composta por diferentes serviços distribuídos entre os níveis de atenção primária, especializada e hospitalar. Entre os serviços especializados destaca-se o Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/Aids, responsável pelo acompanhamento de Pessoas Vivendo com HIV ou Aids (PVHA), pela avaliação e indicação da PrEP e pela realização de ações voltadas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre tantas outras atribuições.

Entretanto, apesar de a PrEP ter sido incorporada ao SUS em 2017, sua implementação no município ocorreu apenas no ano de 2023, configurando-se, portanto, como um serviço relativamente recente no território. A disponibilização da profilaxia no município representa um avanço significativo na ampliação das estratégias de prevenção ao HIV e na qualificação da assistência prestada aos usuários em situação de vulnerabilidade. Entretanto, a recente implementação da PrEP também levanta questionamentos sobre como essa estratégia tem sido compreendida, utilizada e incorporada pelos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado. Nesse sentido, torna-se relevante compreender as percepções, significados e experiências atribuídas ao uso da PrEP por profissionais de saúde, usuários e gestores (as) do SUS, uma vez que a forma pela qual esses sujeitos interpretam e se relacionam com a profilaxia pode influenciar no acesso ao método, na organização dos serviços e na implementação das políticas públicas de prevenção do HIV.

Para compreender essas construções simbólicas e sociais, o presente estudo fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa abordagem teórica possibilita analisar como determinados fenômenos são interpretados e compartilhados socialmente por diferentes grupos, permitindo identificar valores, crenças, percepções e conhecimentos que orientam práticas e comportamentos no cotidiano. Assim, ao investigar as representações sociais relacionadas ao uso da PrEP, torna-se possível identificar elementos que influenciam as atitudes e práticas em saúde, bem como compreender potenciais fragilidades e possibilidades de aprimoramento na implementação dessa estratégia no contexto local.

Dessa forma, justifica-se o presente estudo pela necessidade de identificar as fragilidades e potencialidades da implementação da PrEP no município, de modo a identificar e interpretar a estrutura e conteúdo das representações sociais dos profissionais atuantes no SAE HIV/Aids e Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de gestores (as) e usuários da profilaxia. Ainda, por ser uma estratégia recente no município, a presente pesquisa objetiva também analisar o alinhamento da implementação da profilaxia com os princípios e diretrizes do SUS e políticas transversais, além de fornecer dados que possam subsidiar futuras

qualificações aos profissionais de forma mais efetiva, promovendo uma assistência integral ao usuário.

Diante disso, o presente estudo vai ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que buscam a erradicação da pobreza, proteção do meio ambiente e garantia de paz e de prosperidade para todos até o ano de 2030 (ONU, 2015). Quanto aos 17 objetivos propostos pela ONU, a pesquisa em questão identifica-se principalmente com três, sendo eles: a “Redução da desigualdade”, uma vez que discute a inclusão social e garantia de igualdade, além da implementação e execução de leis e políticas alinhadas a esses conceitos; a “Saúde e bem-estar” ao discutir a garantia de acesso à saúde de qualidade, acesso universal aos serviços de saúde sexual, combate à epidemia de Aids e desenvolvimento e formação de profissionais de saúde; e a “Educação de qualidade”, uma vez que debate o acesso a uma educação que forme profissionais com conhecimentos e habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, focado nos direitos humanos, igualdade de gênero e valorização da diversidade cultural.

Ademais, a Saúde Coletiva é um campo interdisciplinar que tem como objeto de investigação os determinantes da produção social da saúde, doença e cuidado e, portanto, utiliza o conhecimento oriundo de diversas áreas profissionais (Fortuna *et al.*, 2019), justificando-se assim a escolha do presente estudo em analisar e interpretar os saberes de mais de uma área e contexto profissional. No que tange à enfermagem, para além de profissão, ela é também uma prática social orientada pelos contextos históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais, produzindo cuidado, e dessa forma, não é possível pensar em enfermagem na Saúde Coletiva sem pensar em projeto e mudança de sociedade (Fortuna *et al.*, 2019), o que também é um dos fatores de motivação da pesquisadora enquanto enfermeira. Ainda, é fundamental reiterar a importância do posicionamento político na enfermagem, não necessariamente atrelado a filiação a partidos políticos ou órgãos de classe, mas sim em produzir discussões capazes de conquistar melhorias para aqueles que ainda tem os seus direitos negados, uma vez que, segundo Fortuna e colaboradores (2019) “todo julgamento moral e atitude são uma forma de participação política sem a qual não é possível estar no mundo em sociedade e transformá-lo”.

Frente a isso, ao analisar os discursos de usuários de PrEP que fazem parte da comunidade LGBTQIAPN+ e de profissionais da saúde, incluindo gestores (as), o objetivo da presente pesquisa vai ao encontro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, o qual possui como missão

e visão o desenvolvimento de conhecimento científico crítico e inovador capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento da sociedade em níveis local, regional, nacional e internacional, utilizando como referência o processo saúde-doença e seus determinantes.

Ademais, este estudo se insere diretamente na Linha de Pesquisa 2 do Programa, denominada “Processos formativos e educativos em Enfermagem em Saúde Coletiva”, uma vez que aborda esses processos a partir da análise das representações sociais de profissionais, gestores(as) e usuários. Ao investigar como esses sujeitos compreendem, significam e operacionalizam a PrEP no cotidiano dos serviços, a pesquisa contribui para a problematização das práticas formativas em saúde, evidenciando necessidades de qualificação profissional, educação permanente e construção de saberes críticos voltados à integralidade do cuidado. Dessa forma, o estudo propõe reflexões que subsidiam processos educativos capazes de transformar práticas, reduzir estigmas e fortalecer a atuação da enfermagem na promoção da equidade em saúde.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as representações sociais de profissionais de saúde do Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS e das Unidades Básicas de Saúde, usuários da PrEP pertencentes à comunidade LGBTQIAPN+ e gestores (as) do Sistema Único de Saúde sobre o uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV em um município do estado de Santa Catarina. A partir dessa análise, espera-se contribuir para o fortalecimento das estratégias de prevenção do HIV, para a qualificação das práticas assistenciais e para a consolidação de políticas públicas que promovam cuidado integral, equidade e respeito à diversidade no âmbito do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais de profissionais de saúde do Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e Unidades Básicas de Saúde, usuários LGBTQIAPN+ que fazem uso de PrEP e gestores (as) do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) em um município do estado de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde do Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e Unidades Básicas de Saúde, usuários LGBTQIAPN+ e gestores (as) sobre o uso da PrEP;
- Interpretar as representações sociais de profissionais de saúde, usuários LGBTQIAPN+ e gestores (as) sobre o uso da PrEP e o cuidado prestado;
- Analisar o alinhamento da implantação e implementação da PrEP em um município do estado de Santa Catarina com os princípios e diretrizes do SUS, além de sua coerência com outras políticas de saúde transversais do SUS, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 (RE)CONHECENDO E ENFRENTANDO O HIV/AIDS: AVANÇOS E DESAFIOS

A epidemia de HIV/Aids no Brasil se tornou um importante marco na política de saúde pública, destacando-se a articulação entre a sociedade civil, os movimentos de direitos humanos e as instituições de saúde, sendo portanto um evento que moldou debates sobre a saúde pública e gerou novas formas de mobilização política e social. Além disso, a Aids no contexto político e histórico da época, transformou-se em um campo de disputa entre diferentes grupos e poderes, destacando o impacto das decisões governamentais, muitas vezes influenciadas por interesses de mercado e pela dinâmica de estigmatização da população afetada (Marques, 2002). A partir disso, a pesquisadora Maria Cristina da Costa Marques, doutora em história social pela Universidade de São Paulo (USP), infere que a evolução das respostas dos órgãos oficiais brasileiros frente à epidemia de HIV/Aids pode ser caracterizada em quatro fases.

A primeira fase, caracterizada como “Pré-história da Aids”, corresponde aos anos de 1970 a 1982, que precede o início da epidemia e é marcada por uma intensa luta social por mudanças no sistema político, uma vez que esse período compreende a ditadura militar brasileira, além do fortalecimento do movimento pela Reforma Sanitária. Assim, se estabelece o cenário no qual seriam criadas as respostas públicas frente à epidemia de HIV/Aids, com fortalecimento dos movimentos sociais em busca da redemocratização e mudança do sistema de saúde (Marques, 2002).

Diante desse cenário, o primeiro caso de Aids no Brasil foi registrado no ano de 1982 no estado de São Paulo. Entretanto, há evidências que o primeiro caso teria sido no ano de 1980, o que acabou se tornando o marco oficial brasileiro nas análises epidemiológicas (Marques, 2002). A partir disso diversas polêmicas rodearam a temática, como a definição da doença como “5H”, sendo homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e hookers/profissionais do sexo (Cezar; Draganov, 2014), marcando esse período pelo medo, moralismo e preconceito, que também influenciaram as respostas dos órgãos oficiais (Marques, 2002). Além disso, viver com HIV/AIDS tornou-se sinônimo de promiscuidade e homossexualidade, apoiado pela moral patriarcal e heteronormativa da sociedade, gerando o estigma de impureza e culpa da população atingida (Fernandes; Bruns, 2021). A partir disso, a epidemia no Brasil constituiu-se também como um importante campo de estudo na análise

de como as políticas de saúde pública são organizadas e implementadas pelo governo brasileiro (Marques, 2002).

A segunda fase, segundo a autora, é definida pelos anos de 1983 a 1986, período no qual a população tomou maior conhecimento sobre a doença a partir do surgimento de casos também em outros estados brasileiros, o que levou às primeiras respostas oficiais, como a criação do Programa Estadual de São Paulo (Marques, 2002). O ano de 1983 também foi marcado pelos primeiros casos femininos, em profissionais da saúde e pessoas heterossexuais (Cezar; Draganov, 2014), entretanto o registro formal dos casos pela vigilância epidemiológica iniciou-se apenas no ano de 1985, ano em que o governo federal reconheceu a Aids como problema de saúde pública (Marques, 2002). Nesse mesmo ano, foi fundado na cidade de São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), se tornando a primeira ONG brasileira e da América Latina ligada à causa HIV/Aids (Cezar; Draganov, 2014).

Ainda no ano de 1985, foi lançada a Portaria nº 236/85 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional da Aids, o qual estabeleceu as diretrizes para o enfrentamento da epidemia, descreveu medidas de controle e citou a atuação da vigilância epidemiológica. Faz-se necessário ressaltar que na referida portaria apenas homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos ou politransfundidos eram considerados como populações de risco. Além disso, a educação preventiva limitava-se a recomendar a exclusividade sexual com um único parceiro, a evitar a doação de sangue, estimular o uso de materiais descartáveis e de uso exclusivo e individual para usuários de drogas injetáveis, além de adotar normas de precaução para os profissionais de saúde (Brasil, 1985). Diante disso, é importante destacar que o protagonismo no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil se deu a partir das iniciativas não governamentais que foram fundamentais para o enfrentamento da epidemia como a criação do GAPA, em 1985, a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) em 1986, e o Grupo pela Vida em 1989 (Ferreira; Nascimento, 2022).

Ademais, Marques (2002) infere que a terceira fase da implementação de respostas oficiais brasileiras à epidemia compreende o período de 1987 a 1989, no qual o Programa Nacional da Aids foi de fato instaurado no país com a articulação com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), além da implementação de ações preventivas e de controle, preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (Marques, 2002). Entretanto, a quarta fase, compreendida pelo período da Era Collor, de 1990 a 1992, foi caracterizada por um hiato no processo de construção de uma política nacional para o

HIV/Aids, marcada por uma política centralizada que afastou os programas estaduais e ONGs, o que impactou no avanço de políticas públicas eficazes no combate à doença (Marques, 2002). Esse fato apenas se modificou após o fim do governo de Fernando Collor, em 1992, quando outras instituições, grupos organizados e entidades não governamentais passaram a articular-se com o governo federal.

Nesse cenário, é imprescindível citar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido na Constituição Federal de 1988, fator fundamental na articulação das ações de saúde no país. Além disso, a Lei 8.080/90 torna-se um marco, uma vez que institui a saúde como um direito fundamental da população e um dever do Estado, de forma universal e integral, com ações de promoção, proteção e recuperação, conceitos primordiais no combate à epidemia de HIV/Aids e acolhimento da população afetada (Brasil, 1990). Ainda em 1990, ocorre o falecimento emblemático do cantor Cazuza, fato que ficou marcado no imaginário da população como grande marco da epidemia de HIV/Aids no país.

Foi nesse período também que os movimentos LGBTQIAPN+ e as organizações não-governamentais de luta contra a Aids, a discriminação e a estigmatização das pessoas atingidas pela doença se fortaleceram e passaram a desenvolver mais ações voltadas ao combate à epidemia, organizando-se junto aos órgãos federais, estaduais e municipais (Ferreira; Nascimento, 2022). Ademais, também exerceram um papel fundamental pressionando o Estado e a sociedade para que se discutisse o HIV/Aids não apenas como um fenômeno médico, mas também como uma questão político-social (Pelúcio, 2009).

Além disso, diante de um caso de recusa de matrícula em uma escola particular para uma criança de 5 anos, foi criada a Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92, a qual proíbe discriminação de crianças com HIV/Aids nas escolas (Cezar; Draganov, 2014). Já no ano de 1993 houve o fortalecimento das ações de vigilância com as notificações dos novos casos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Ferreira; Nascimento, 2022). Ademais, esse ano também é marcado pelos acordos internacionais, sendo um dos principais com o Banco Mundial, o que permitiu a manutenção das ações e aumento de instituições que desenvolviam projetos ligados ao HIV/Aids, além do fortalecimento do Programa Nacional, focado na diminuição da incidência e transmissão através de ações de prevenção, desenvolvimento de profissionais qualificados, fortalecimento de pesquisas e a articulação dos estados e municípios (Marques, 2002).

Três anos após, em 1996, lança-se uma das mais importantes políticas públicas brasileiras no que tange à temática, a Lei nº 9.313/96 que dispõe sobre a distribuição gratuita

de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids (Brasil, 1996), que resultou em uma diminuição significativa na mortalidade entre essa população (Cezar; Draganov, 2014). Foi nesse ano também que o Brasil realizou uma ação inédita ao adotar o Programa Nacional de Direitos Humanos I e, por conseguinte, atribuir os direitos humanos como uma política pública governamental (Ferreira; Nascimento, 2022).

Em 1999 a PEP passou a ser distribuída no SUS, entretanto seu uso era limitado a casos de acidentes ocupacionais e violência sexual. Somente no ano de 2010 a distribuição da profilaxia foi ampliada para casos de exposição sexual consentida e apenas em 2015 foi publicado o primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (Brasil, 2021a). Frente a esse cenário, vale ressaltar que as ações realizadas frente à epidemia no Brasil, aproximaram o público LGBTQIAPN+ dos serviços de saúde, entretanto, a assistência ainda era voltada quase que em sua totalidade à prevenção e tratamento da Aids (Ferreira; Nascimento, 2022).

No ano de 2002 foi percebida uma mudança, mesmo que pequena, na forma de enxergar as políticas públicas relacionadas à população LGBTQIAPN+. Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, foi aprovado o II Plano Nacional de Direitos Humanos, o qual trouxe uma seção dedicada às ações a serem adotadas pelo governo federal para o combate à discriminação à população LGBTQIAPN+, as quais foram amplamente discutidas com a sociedade civil organizada mediante consulta pública (Brasil, 2004a; Ferreira; Nascimento, 2022). Já no ano de 2003, durante o governo Lula, as demandas dessa população passaram a ser gerenciadas na política de direitos humanos, e a partir desse período até o ano de 2006, o governo foi marcado por uma abertura e intenso diálogo com os movimentos sociais (Ferreira; Nascimento, 2022).

Diante desse cenário, os movimentos sociais passaram a pressionar ainda mais o Ministério da Saúde em relação à ampliação de ações voltadas às suas demandas. Assim, no ano de 2004, com a participação da sociedade civil, foi instituído o programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, o qual tinha como objetivo promover ações qualificadas nos serviços e recomendações para os mais diversos setores, incluindo saúde, trabalho, educação, justiça, entre outros, de forma a assegurar políticas e programas em prol dessa população, através da educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos. (Brasil, 2013; Brasil, 2004a). Ainda, é visível a importância da atuação da sociedade civil organizada, uma vez que ao participarem da elaboração do documento, foi possível perceber a

presença de narrativas vividas dos indivíduos, explicações de terminologias e o sentimento de busca por direitos e justiça, enriquecendo ainda mais o desenvolvimento e aplicação do programa (Ferreira; Nascimento, 2022). Ainda, no ano de 2006, outro marco fundamental foi a conquista de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), consolidando um lugar na agenda social e permitindo uma atuação mais democrática e participativa de grupos vulneráveis nas decisões e debates em saúde (Brasil, 2013).

Entretanto, apenas no ano de 2011, por meio da Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) foi instituída, configurando-se como um marco fundamental na história das políticas públicas brasileiras com a legitimação das necessidades dessa população vulnerabilizada, para além da saúde sexual. Ademais, a PNSI LGBT foi formulada por diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, dando a ela também um caráter transversal a outras políticas e áreas de atuação do MS, como a produção de conhecimento, promoção de saúde, humanização e cuidado (Brasil, 2013a). Entretanto, a criação por si só da política, apesar de ser um marco histórico, não garante a sua execução, uma vez que essa depende de diversos fatores que envolvem forças de poder e recursos financeiros, além de sensibilização de lideranças e gestores, promovendo a adesão de secretários estaduais e municipais de saúde na implementação da Política em níveis local e regional (Ferreira; Nascimento, 2022).

Outras ações fundamentais no combate à epidemia foram a mudança do protocolo de antirretrovirais, no ano de 2013, que trata sobre a identificação, diagnóstico, esquema terapêutico e profilaxia (Brasil, 2013c), e a sanção da Lei nº 12.984 de 2014, que define como crime punível com reclusão de 1 a 4 anos e multa por discriminação dos portadores HIV e doentes de Aids (Brasil, 2014). Por fim, em 2017 foi lançado no território brasileiro o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV, que posteriormente foi atualizado no ano de 2022 (Brasil, 2022). Apesar de instituído de forma tardia quando comparado com o cenário internacional, principalmente europeu, tornou-se um dos marcos fundamentais na história das políticas públicas brasileiras no combate ao HIV/Aids, viabilizando a ampliação do acesso à prevenção, e o fortalecimento de uma política mais igualitária e universal.

Ainda, é importante citar que apesar de os movimentos em prol das liberdades sexuais e população LGBTQIAPN+ terem surgido desde a década de 1970, no processo de luta pela redemocratização, foi apenas na década de 80 durante a epidemia de HIV/Aids que os órgãos competentes viram a necessidade de políticas públicas voltadas a esse público (Brasil, 2013a).

Diante disso, é fundamental entender o conceito de política sexual, o qual compreende ações do Estado permeadas por interesses ideológicos, políticos, culturais e religiosos, a fim de regular a sexualidade dos indivíduos, permitindo que alguns a vivam de forma livre, enquanto que outros são punidos e marginalizados, delineando as suas expressões, práticas e desejos (Ferreira; Nascimento, 2022).

Dessa forma, é visível a importância da atuação da sociedade civil em diversas modalidades de organização, para que os direitos sejam garantidos, e as iniquidades sejam enfrentadas, de forma a promover o pleno exercício da democracia e controle social, o que também deve ser um compromisso ético e político de todos os atuantes do SUS, desde os gestores até os profissionais da ponta na assistência (Brasil, 2013a). Entretanto, mesmo com o tema da inclusão social presente nas agendas políticas, as questões de gênero e sexualidade parecem não ter o mesmo espaço quanto outras, mesmo que pesquisadores, profissionais e militantes busquem implementar políticas voltadas à população LGBTQIAPN+, a sua efetiva concretização ainda enfrenta muitas dificuldades. Para isso, faz-se necessário um engajamento e fortalecimento de movimentos coletivos contra o conservadorismo na política brasileira, que ainda permanece tão enraizado e engajado na negação do reconhecimento de direitos a tantos grupos sociais, incluindo a população LGBTQIAPN+ (Ferreira; Nascimento, 2022).

3.2 A MANDALA DE PREVENÇÃO COMBINADA E A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PrEP)

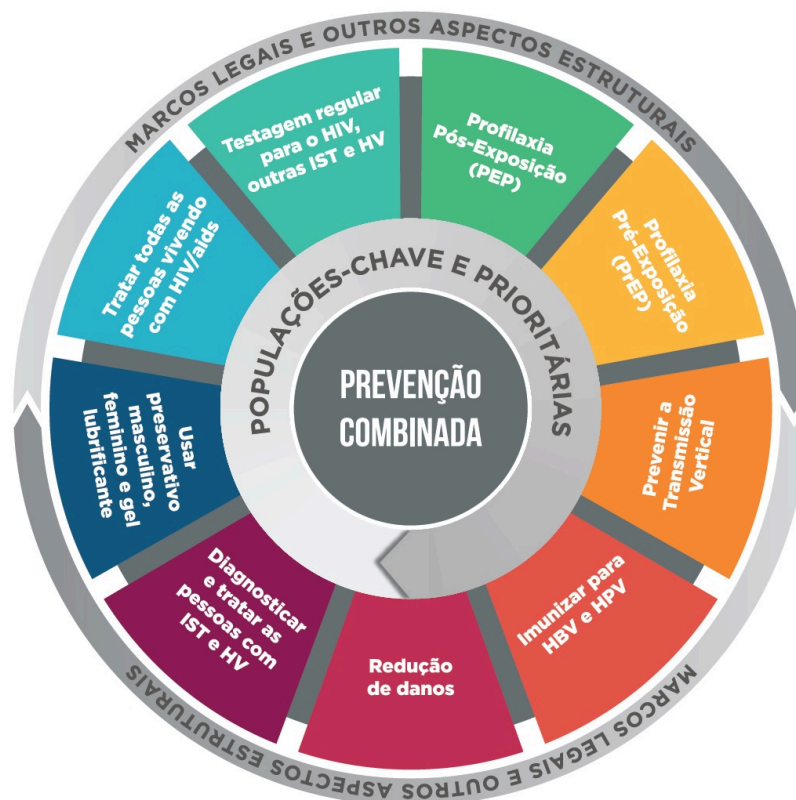
No Brasil, no ano de 2024, foram notificados 39.216 novos casos de HIV segundo o Boletim Epidemiológico atualizado, sendo que, 38,4% ocorreram na região Sudeste, 25,1% no Nordeste, 15,5% no Sul, 12,1% no Norte e 8,8% no Centro-Oeste. Ainda, observa-se que homens de 20 a 29 anos responderam por 44,7% dos novos casos registrados no sexo masculino, demonstrando que jovens adultos continuam sendo um grupo de alta incidência. Observou-se também um crescimento na participação de mulheres com 50 anos ou mais entre os novos casos de infecção pelo HIV, que passou de 10,9% em 2014 para 17,0% em 2024. Em relação à raça/cor, a população negra — pretos e pardos — representa 59,7% dos registros de novos casos (Brasil, 2025a).

Ainda em 2024, para homens de 13 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, a categoria

de exposição predominante nos casos detectados de Aids foi a de homens que fazem sexo com homens (homossexuais e bissexuais), enquanto que para homens com idade de 40 anos ou mais, a prática heterossexual é a predominante. Nas mulheres, a principal categoria de exposição, cerca de 70% dos casos, é a heterossexual, em todas as idades (Brasil, 2025a).

Frente a esse cenário, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV surge como uma estratégia no âmbito da prevenção combinada, a qual configura-se como um conjunto de ações biomédicas, comportamentais e socioestruturais que buscam adequar ações de prevenção junto às possibilidades e perfil de cada indivíduo (Pimenta *et al.*, 2022; Brasil, 2022). Além, da PrEP, podem ser utilizadas diversas outras estratégias, como a testagem regular, uso da PEP, uso habitual e correto de preservativos, diagnóstico oportuno e tratamento de IST, estratégias de redução de danos, entre outros, sem hierarquização entre as estratégias, devendo ser centradas à realidade e desejo de cada usuário e grupo social (Brasil, 2022). Ainda, a PrEP surge como uma estratégia que fortalece também a gestão individual do risco, uma vez que não depende do parceiro, e sim do indivíduo que escolhe fazer o uso (Pimenta *et al.*, 2022).

Figura 1 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (2022).

A PrEP, por sua vez, tem como objetivo reduzir o risco de adquirir infecção com o uso de dois antirretrovirais (ARV) orais, o fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300mg e a entricitabina (FTC) 200mg. Atualmente no Brasil, segundo dados do Painel PrEP do Ministério da Saúde atualizado em fevereiro de 2026, há 148.836 usuários da profilaxia, sendo que 94% da origem dos atendimentos se deu no SUS e apenas 6% no sistema privado. Do total de usuários, 80% identificam-se como homens cis gays ou outros homens que fazem sexo com homens (HSH), 8,6% como homens cis heterossexuais, 6,6% como mulheres cis, 2,6% como mulheres trans, 1,4% como homens trans, 0,6% como não binários e 0,2% como travestis (Brasil, 2026). Em relação à faixa etária, 42,8% estão entre 30 a 39 anos, seguido de 21,2% entre 25 a 29 anos e 18,8% entre 40 a 49 anos.

Apesar do uso da PrEP ser maior entre a população LGBTQIAPN+, em especial em HSH, a indicação do uso dos medicamentos perpassa também outros critérios, principalmente relacionados aos comportamentos sexuais de cada indivíduo. Em relação a isso, o Ministério da Saúde infere que a indicação para o uso da PrEP deve ser realizada para indivíduos a partir de 15 anos de idade, com peso igual ou superior a 35kg que se enquadram em alguns comportamentos sexuais de risco, como alta frequência de relações sem uso de preservativo, diversidade de parceiros sexuais, histórico de ISTs frequentes, recorrente uso de PEP, prática de relações sexuais como moeda de troca para moradia, drogas ou outros, e uso de drogas psicoativas durante a relação (Brasil, 2022).

Ainda, uma avaliação abrangente e de qualidade deve considerar as práticas sexuais dos indivíduos, sendo as de maior risco a penetração anal e vaginal sem uso de preservativo, com maior risco para quem é penetrado, ejaculação no ânus ou vagina, uso de objetos que produzam fissuras, presença de feridas ou machucados, e histórico de IST, além de considerar o contexto em que as práticas sexuais ocorrem, como sob uso e álcool ou drogas ou condições de trabalho sexual (Zucchi *et al.*, 2018).

Além disso, para indicação da profilaxia faz-se necessário a exclusão do diagnóstico de HIV, através de teste rápido ou exames laboratoriais, e avaliação clínica, investigando a presença de sinais e sintomas que possam indicar uma possível infecção, como febre, mal estar, cefaleia, fadiga, faringite, mialgia entre outros. À respeito de IST, como hepatite B e C, sífilis, clamídia, entre outras, o Ministério da Saúde recomenda o início do uso da PrEP independente do diagnóstico, uma vez que as mesmas não influenciam no uso da profilaxia,

não sendo uma contraindicação (Brasil, 2022).

Outros dois critérios a serem considerado pelo profissional de saúde, são a avaliação da função renal por meio da dosagem de creatinina sérica e do cálculo de clearance de creatinina (ClCr), além do histórico de saúde e de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças renais. Entretanto, os indivíduos que não apresentam histórico de doença renal ou fator de risco, podem iniciar a PrEP antes do resultado do exame laboratorial, desde que haja o retorno em até 30 dias, para avaliação do profissional de saúde. Dessa forma, o uso da profilaxia é seguro para indivíduos com ClCr estimado ≥ 60 mL/min (Brasil, 2022).

A PrEP também pode ser iniciada pelos pacientes que foram expostos a situação de alto risco de infecção pelo HIV e que estão fora da janela de 72 horas para o uso da PEP, desde que se enquadrem nos critérios citados acima, além de ser necessário um manejo diferente pelo profissional de saúde em relação ao retorno do paciente, uma vez que devem ser observados quaisquer sinais de soroconversão. Ainda, caso o paciente seja elegível e deseje o uso da PrEP, mas esteja em uso de profilaxia pós-exposição, o mesmo pode iniciar o uso da PrEP logo após o término do ciclo de 28 dias da PEP, evitando dessa forma, uma lacuna de tempo desnecessária. Os medicamentos também podem ser usados com segurança em pacientes que fazem uso de contraceptivos e repositores hormonais, além de não ter demonstrado prejuízos à gestantes ou recém-nascidos, cabendo ao profissional e usuário avaliar os riscos e benefícios da continuidade ou início do uso dos medicamentos (Brasil, 2022).

Diante disso, a análise perpassa não apenas critérios protocolares, mas também uma escuta ativa, acolhimento e confiança entre paciente e profissional de saúde, de forma a criar vínculo que possibilite o reconhecimento de potencialidades e vulnerabilidades. Ainda, é imprescindível a identificação de quais são as percepções de risco que o indivíduo compreende, orientando-o de forma individualizada, focado na pessoa e em suas práticas sexuais, visando ajudá-la a reconhecer e gerenciar seu risco de forma mais eficaz (Brasil, 2022).

No que tange aos uso dos medicamentos, nos atuais protocolos ministeriais brasileiros e na literatura internacional, há dois métodos de utilização, sendo eles o diário e o sob demanda. A primeira consiste no uso diário de 01 comprimido de Associação em Dose Fixa Combinada (DFC) do TDF 300 mg e FTC 200mg (Brasil, 2022). Já o uso sob demanda consiste no uso de uma dose inicial de dois comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual, associado a um comprimido 24 horas após a dose inicial e a outro comprimido 24 horas após a segunda dose. Entretanto, essa modalidade só deve ser indicada como alternativa

para homens cisgêneros heterossexuais, bissexuais, gays e outros HSH, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, e travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol. Além disso, para a PrEP sob demanda, são pré-requisitos uma frequência de relação sexual anal menor que 2 vezes por semana e a possibilidade de planejamento da relação sexual, uma vez que o uso dos medicamentos deve seguir um protocolo de pelo menos 2 horas antes da relação (Brasil, 2023a). Assim, a PrEP sob demanda não apresenta evidências de proteção para indivíduos que praticam relações vaginais receptivas, mas oferece proteção para aqueles que mantêm relações anais, tanto insertivas quanto receptivas, e vaginais insertivas, ou seja, é eficaz para quem realiza a penetração, mas não para quem está na posição receptiva (Brasil, 2023a).

Em relação à prescrição, em serviços privados a PrEP deve ser prescrita exclusivamente por profissionais médicos, enquanto que no SUS pode ser prescrita por todos os profissionais atualmente habilitados à prescrição, como médicos e enfermeiros. O MS preconiza que o dispensamento dos medicamentos seja realizado na primeira consulta, seguindo os critérios protocolares, uma vez que isso gera um envolvimento maior do paciente e consequente maior adesão (Brasil, 2022). Para homens cisgêneros, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol, recomenda-se uma dose de ataque de 2 comprimidos no primeiro dia, seguido de 01 comprimido nos dias seguintes, de forma a atingir níveis protetores do medicamento na mucosa anal no mesmo dia, desde que ingerido até 2 horas antes da relação sexual. Entretanto, para mulheres cisgênero, pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer, e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol, faz-se necessário o uso dos medicamentos por no mínimo sete dias para atingir níveis de proteção ideais. Além disso, é recomendada a dispensação máxima de 30 comprimidos na primeira consulta, tanto para o uso da profilaxia diária, quanto por demanda (Brasil, 2023a).

Ademais, os profissionais de saúde devem não só dominar os critérios de elegibilidade como também o acompanhamento desse usuário, o qual deve ser realizado em até 20 a 25 dias após a primeira dispensação, uma vez que, devido a dose de ataque com dois comprimidos, o usuário não terá o suficiente para o mês inteiro. É fundamental que no primeiro retorno o profissional avalie principalmente a adesão e a partir disso desenvolva estratégias para mantê-la ou estimulá-la, dependendo do paciente (Brasil, 2022).

Após identificada uma adesão, o retorno e dispensação dos medicamentos pode ocorrer de forma trimestral, entretanto, a mesma não se dá de forma automática, fazendo-se

necessária uma avaliação profissional a cada retorno. Ainda, é obrigatória a realização do teste para HIV, seja ele rápido ou sorologia, além de investigação dos sinais e sintomas que possam indicar uma infecção pelo HIV, como citado anteriormente. Deve também ser realizado trimestralmente teste de gravidez, teste rápido para sífilis e hepatite C; semestralmente a pesquisa para *Chlamydia sp.* e gonococo; na primeira consulta o exame sorológico específico para hepatite A e anualmente o teste rápido para hepatite B. Ainda, recomenda-se a avaliação da função renal a cada 12 meses para indivíduos saudáveis, e a cada seis meses para aqueles com idade superior a 50 anos ou com histórico de fatores de risco ou com estimativa inicial do ClCr menor que 90 mL/min. Entretanto, cabe ressaltar que a periodicidade dos testes deve ser realizada de acordo com as especificidades de cada paciente, considerando exposições de risco, adesão, resultados dos primeiros testes, entre outros (Brasil, 2022).

Além disso, os profissionais devem orientar os usuários quanto aos efeitos adversos que podem ocorrer durante o uso da profilaxia, além de avaliar a ocorrência dos mesmos nas consultas, de forma a desenvolver estratégias de melhora, reforçando a transitoriedade desses eventos e o uso de sintomáticos para melhora dos mesmos, gerando uma maior adesão. Os eventos mais comuns, segundo o Ministério da Saúde, são náusea, cefaleia, flatulência, diarreia e edemas, que em sua maioria melhoram após os primeiros meses de uso dos medicamentos (Brasil, 2022). Entretanto, cabe ressaltar que o profissional deve orientar o paciente que faz uso de PrEP sob demanda sobre a maior ocorrência de eventos adversos no início do uso, uma vez que a frequência de uso dos medicamentos é menor e portanto a tolerância também é dificultada (Brasil, 2023a).

No que tange a isso, Molina *et al.* (2017) em seu estudo a respeito do uso da PrEP sob demanda em homens com alto risco para infecção por HIV, identificou a ocorrência de eventos adversos gastrointestinais em 14% dos participantes, sendo em sua maioria náusea, vômito, diarreia e dor abdominal, além de um aumento da creatinina sérica em 18% dos participantes. Entretanto, a ocorrência dos eventos não foi determinante para a descontinuação do uso dos medicamentos.

Ainda, o uso da PrEP deve ser descontinuado caso seja identificada infecção por HIV, o paciente expresse o desejo de descontinuar o uso dos medicamentos, ocorra mudança nos fatores de risco e portanto dos critérios de elegibilidade, ou em caso de baixa adesão, mesmo após uso de estratégias individualizadas de incentivo (Brasil, 2022). Para a interrupção segura do medicamento, faz-se necessário para homens cisgêneros, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso

de hormônios a base de estradiol, o uso por mais dois dias após a última relação sexual, enquanto que para mulheres cis, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer e qualquer pessoa em uso de hormônio à base de estradiol, esse período deve ser de sete dias. Entretanto, caso seja identificada exposição sexual de risco ao HIV, recomenda-se, antes da interrupção, o uso da PrEP por dois dias desde a exposição para HSH cis, ou de 28 dias para indivíduos que não se enquadrem nessa característica (Brasil, 2023a). Ainda, faz- necessário avaliar a migração entre as modalidades de profilaxia, uma vez que, caso seja observado que o usuário que faz uso de PrEP diária tenha mudado seu estilo de vida, tornou as relações sexuais menos frequentes e mais previsíveis, pode-se indicar o uso da PrEP sob demanda, se essa for desejo do paciente.

Ainda em relação a isso, é fundamental compreender que as situações de exposição ao HIV são transitórias ao longo da vida, de acordo com o contexto de vida e de práticas sexuais do indivíduo, cabendo portanto ao profissional de saúde, o papel de avaliar de forma abrangente a suspensão da PrEP, de forma a migrar para outras formas de prevenção mais adequadas ao momento de vida e necessidades do usuário (Zucchi *et al.*, 2018).

No que diz respeito às evidências científicas que comprovam a eficácia do uso da profilaxia, foi realizado um ensaio randomizado aberto em 13 clínicas de saúde sexual na Inglaterra, entre os anos de 2012 a 2014, intitulado “Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD)”. Participaram 544 participantes, todos HSH que tiveram relações anais sem preservativo nos últimos 90 dias, HIV negativos. Todos receberam a PrEP, sendo 275 grupo imediato e 269 no grupo diferido, ou seja, que receberam os medicamentos um ano após o primeiro grupo. Foi identificado um total de 03 infecções no grupo imediato e 20 no grupo diferido, concluindo que a PrEP conferiu proteção ainda maior contra o HIV do que em ensaios controlados por placebo, refutando preocupações de que a eficácia seria menor num mundo real (McCormack *et al.*, 2016).

Em 2015, foi iniciado outro estudo fundamental na França e Canadá, denominado “Intervention Préventive de l’Exposition aux Risques avec et pour les Gays (IPERGAY)”, com objetivo de avaliar a eficácia e segurança da PrEP sob demanda entre HSH com história de sexo anal desprotegido com pelo menos dois parceiros durante os últimos 6 meses, com base na hipótese de que a taxa de adesão (e, portanto, a eficácia) pode ser superior à de um regime diário. A pesquisa foi realizada na França e no Canadá, em um estudo duplo-cego randomizado em que um grupo recebeu a combinação de TDF (300mg) com FTC (200mg) e outro grupo recebeu placebo. A atribuição dos participantes aos grupos que recebem diferentes intervenções foi feita de forma aleatória, sem que os participantes ou os

administradores das intervenções soubessem o que cada um estava recebendo. Participaram 400 indivíduos sem diagnóstico de HIV, maiores de 18 anos, sendo 199 designados para o uso dos medicamentos e 201 para o recebimento de placebo, por uma média de 9.3 meses (Molina *et al.*, 2015).

Os participantes foram instruídos a tomar uma dose de ataque de dois comprimidos de TDF-FTC ou placebo 2 a 24 horas antes do sexo, seguido de um terceiro comprimido 24 horas após a primeira ingestão do medicamento e um quarto comprimido 24 horas depois. No caso de múltiplos episódios consecutivos de relação sexual, os participantes foram orientados a tomar um comprimido por dia até a última relação sexual e depois tomar os dois comprimidos pós-exposição.

Em outubro de 2014, o conselho de monitoramento de dados e segurança solicitou uma primeira análise provisória não cega dos dados e, posteriormente, recomendou que o grupo placebo fosse descontinuado e que todos os participantes do estudo recebessem os medicamentos sob demanda. Portanto, os resultados apresentados a seguir referem-se aos dados coletados durante a fase duplo-cega do estudo até 27 de janeiro de 2015. Após a análise dos dados foi observado que ocorreram 16 infecções por HIV, sendo 2 no grupo em uso da PrEP e 14 no uso de placebo, ou seja, uma redução de 86% no grupo em uso da profilaxia. Assim, os autores concluíram que a PrEP sob demanda reduz o risco de infecção por HIV entre HSH, entretanto, visto que os participantes tomaram uma mediana de 15 comprimidos por mês, os resultados do estudo não podem ser extrapolados para HSH que têm relações sexuais menos frequentes (Molina *et al.*, 2015).

Após esse estudo, os pesquisadores convidaram homens e mulheres trans que fazem sexo com homens, previamente inscritos no estudo ANRS IPERGAY, para participar de uma extensão aberta com o objetivo de compreender melhor o uso dos medicamentos no mundo real e a eficácia, segurança e efeitos nos comportamentos sexuais no uso da PrEP sob demanda. Entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, participaram 361 participantes, em sua maioria homens, exceto por duas mulheres transgêneros. Ainda, 63 participantes descontinuaram o estudo. Ao final, foi observada apenas uma soroconversão, o que significa uma redução de 97% na incidência de soroconversão quando comparada ao estudo anterior. Além disso, os autores afirmam que possuem evidências de que esse participante não estava utilizando os medicamentos. Portanto, os autores concluem que a PrEP sob demanda possui uma alta eficácia e aderência entre HSH em alto risco de adquirir HIV (Molina *et al.*, 2015).

Ainda, o estudo PREVENIR, patrocinado pela agência de pesquisa francesa, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), foi um estudo observacional de coorte

prospectivo com início no ano de 2017, realizado em Paris, com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que não possuíam HIV mas que estavam em algum risco de exposição. O estudo tinha como estratégia o uso da PrEP aliada a outras formas de prevenção como educação em saúde, auxílio psicológico, distribuição de preservativos e lubrificantes, vacinação entre outros, com o objetivo de demonstrar o impacto da prevenção na saúde, reduzindo em pelo menos 15% novos diagnósticos de HIV na região entre HSH e pessoas transgêneros, em um período de 3 anos (Molina *et al.*, 2022).

No estudo, a PrEP foi utilizada em uma DFC de TDF (245mg) e FTC (200mg), podendo ser utilizada diariamente ou sob demanda, sendo essa última modalidade apenas para HSH e mulheres transgêneros. No total, participaram 3.056 indivíduos, sendo que 50,5% optaram pela PrEP diária e 49,5% pela sob demanda. Até setembro de 2020, houveram 6 soroconversões, sendo 3 participantes em uso diário dos medicamentos e 3 no regime sob demanda, todos HSH. Os autores concluem que a incidência foi baixa, e não apresentou diferença entre o uso diário e sob demanda, e portanto os dois métodos demonstraram-se eficazes na prevenção da infecção pelo HIV, além de evidenciar que o uso da PrEP sob demanda é uma alternativa eficaz e viável para HSH (Molina *et al.*, 2022).

No contexto britânico, entre os anos de 2017 e 2020, o National Health Service (NHS), o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, financiou o “PrEP Impact Trial”, um estudo prospectivo, aberto, não intervencional e não randomizado, que objetivava estabelecer a necessidade da população, a adesão à PrEP e a duração do uso em participantes de serviços de saúde sexual (SHS) na Inglaterra (Sullivan *et al.*, 2023). Nesse estudo, 43 dos 24.268 participantes soroconverteram durante a pesquisa, sendo em sua maioria homens cisgêneros que faziam sexo com homens, além de apenas 1 desses participantes terem reportado o uso adequado dos medicamentos, e assim, os autores concluem que a PrEP é um método muito eficaz na prevenção do HIV (Cartier *et al.*, 2023).

Ademais, uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados foi realizada em 2022 com 15 estudos, envolvendo mais de 25.000 participantes. Os achados levaram os autores a concluir que a PrEP é particularmente eficaz em HSH, casais sorodiscordantes e pessoas que fazem uso de drogas injetáveis, com redução de 86% em ensaios com alta aderência. Entretanto, ainda são necessárias pesquisas referentes ao uso da PrEP em outras populações (Murchu *et al.*, 2022).

Por fim, no contexto sul-africano, mais especificamente em Joanesburgo, entre 2021 e 2022, foi realizado um estudo misto, utilizando entrevistas e análise quantitativa de dados clínicos de rotina, com 561 homens heterossexuais. A maioria dos participantes relatou um

uso baixo e inconsistente de preservativos, e quase três quartos mencionaram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos três meses. Apesar da PrEP estar disponível na África do Sul para qualquer pessoa em risco elevado, a maioria dos homens no estudo não sabia da existência da profilaxia ou confundia-a com a PEP. No entanto, uma vez informados, a maioria demonstrou interesse em aprender mais sobre a PrEP, muitos se mostraram dispostos a experimentá-la, e uma parte considerável continuou envolvida durante o estudo piloto. Embora geralmente se acredite que os homens não tomam uma pílula diária, especialmente para prevenção, o estudo revelou que a PrEP funcionou para um número significativo de homens (Kantor *et al.*, 2024).

Diante do exposto, é possível inferir que a PrEP possui um papel fundamental no controle da epidemia de HIV/AIDS, não só no Brasil, como também no cenário internacional, além de ser uma estratégia muito eficaz para grupos sociais marginalizados que possuem maior dificuldade em negociar o uso do preservativo, ou também para aqueles que não o utilizam pelos mais diversos motivos. Assim, a profilaxia representa a expansão dos direitos civis e a conquista de uma maior liberdade sexual, permitindo práticas mais seguras, sem o temor que permeia todas as relações sexuais, antes durante e depois (Pimenta *et al.*, 2022).

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): (RE)SIGNIFICANDO PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VULNERABILIDADES

Quando tratamos de grupos populacionais historicamente negligenciados e marginalizados é fundamental discutirmos os riscos e vulnerabilidades que os mesmos perpassam nas mais diversas áreas, uma vez que tratam-se de termos intrinsecamente ligados à saúde desses grupos. Entretanto, primeiramente, faz-se necessário diferenciar os conceitos de “vulnerabilidade” e “risco”, que apesar de abrangentes, possuem diferenças fundamentais. O risco está ligado à probabilidade de ocorrência de adoecimento e/ou morte devido algum agravo de saúde por um segmento populacional, enquanto que a vulnerabilidade trata de elementos abstratos e, portanto, ela antecede o risco, determinando a suscetibilidade do indivíduo tanto a agravos, quanto ao enfrentamento dos mesmos, o que depende de aspectos individuais e condições coletivas. Assim, a vulnerabilidade surge como um indicador das condições individuais e sociais, e está ligada a populações marginalizadas e desrespeitadas quanto aos seus direitos de cidadania (Bertolozzi *et al.*, 2009).

No que diz respeito à contração do vírus HIV, define-se que um grupo populacional

está em risco substancial quando ele apresenta incidência de infecção superior a 3 casos por 100 pessoas-ano na ausência de PrEP (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019a). Ainda, um segmento populacional é considerado em vulnerabilidade quando está suscetível a algum dano. Em relação aos fatores que influenciam no risco pode-se citar principalmente os comportamentos sexuais e o uso de drogas, sendo que, em sua grande maioria os países consideram HSH, usuários de drogas injetáveis, mulheres trans e profissionais do sexo como pessoas em risco substancial. Ainda, dependendo dos contextos regionais, econômicos, sociais e populacionais, os países também podem identificar outros grupos em vulnerabilidade, como por exemplo adolescentes e mulheres jovens, no leste africano (Brasil, 2013a).

No Brasil, o MS define, em conjunto com outros segmentos populacionais, a população LGBTQIAPN+, como grupos em vulnerabilidade devido as diversas formas de discriminação e repreensão sofridas por eles, além do estigma relacionado à prática sexual não vinculada à reprodução, levando-os ao exercício clandestino de sua sexualidade, e, por conseguinte, são expostos a situações com condições desfavoráveis à prevenção de doenças, como a prática sexual em ambientes alternativos (Brasil, 2013a; Zucchi *et al.*, 2018). Além disso, quando discutimos a questão da vulnerabilidade no tema de HIV/AIDS é importante destacar que a mesma perpassa três aspectos principais: individual, programática e social. A dimensão individual diz respeito ao acesso à informação, interpretação e incorporação do conhecimento adquirido e aos comportamentos tanto nocivos que os tornam mais suscetíveis a um agravo, quanto de enfrentamento e proteção. Além disso, também trata-se das percepções individuais de si e do outro, suas subjetividades e a percepção subjetiva das normas. Já a programática configura-se como o acesso aos serviços de saúde, em todas as suas dimensões, desde a organização dos mesmos até o vínculo com o profissional, além das ações realizadas. Por fim, o aspecto social discorre sobre o ciclo de vida, mobilidade e identidade social, bem como as normas e leis, relações de gênero, raça entre outros. (Bertolozzi *et al.*, 2009).

Entretanto, é fundamental compreender que fazer parte de um ou outro grupo social não implica necessariamente em maior risco de infecção pelo HIV, e dessa forma, os profissionais de saúde não devem simplificar essa avaliação, mas sim transpor a lógica populacional para o âmbito individual, avaliando o usuário de acordo com as suas especificidades, uma vez que a exposição ao HIV e as formas de prevenção dependem de

diversos fatores (Zucchi *et al.*, 2018).

Quanto à assistência à pessoa que faz uso da PrEP, o Ministério da Saúde (MS) infere que a mesma deve receber um cuidado integral e, portanto, contínuo, através de estratégias de testagens regulares para detecção de HIV e outras ISTs, além do uso de preservativos e gerenciamento dos riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2022). Ainda, é papel do profissional de saúde realizar uma anamnese de qualidade, atenta aos sinais de comportamentos risco que o usuário relata, exame físico e aferição de sinais vitais, além do aconselhamento não apenas em relação à PrEP mas também de planejamento familiar, uso de contraceptivos, vacinação e saúde sexual como um todo, de forma a prover um cuidado mais integral e focado nas suas necessidades enquanto indivíduo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019b).

Ainda, para que a assistência aconteça, é fundamental o acesso dos usuários ao sistema. De acordo com Penchansky e Thomas (1981), o acesso perpassa cinco dimensões, sendo elas: a disponibilidade (availability) dos serviços de acordo com a quantidade de usuários e suas necessidades; a acessibilidade (accessibility) ao serviço, levando em consideração a localização do mesmo, distância, custos e o tempo de transporte; a acomodação (accommodation), sendo esta a forma de organização dos recursos para receber os usuários, como horário de funcionamento, atendimento e sistemas utilizados; acessibilidade (affordability), sendo a relação entre o custo e o serviço prestado; e a aceitabilidade (acceptability), sendo esta a relação entre usuário e profissional, de acordo com as atitudes e práticas de cada um.

Dessa forma, o acesso à PrEP está diretamente relacionado à organização, funcionamento e relações entre os serviços de saúde e os indivíduos, visto que é fundamental que o usuário não apenas se enxergue como o protagonista no gerenciamento dos seus riscos, mas também tenha acesso às ferramentas que possibilitam essa independência, de forma capacitada e informada por parte dos profissionais. Além disso, de forma a utilizar os recursos de forma mais eficiente, a Organização Pan-Americana da Saúde (2019a) recomenda que a PrEP seja oferecida em áreas com maior incidência e prevalência de HIV e para populações-chave e pessoas com risco individual considerável.

Entretanto, ainda existem fragilidades no que tange ao acesso à PrEP, principalmente no que diz respeito à disponibilidade do medicamento em pequenas cidades e interior dos estados, devido ao subfinanciamento e falta de capacitação de recursos humanos (Pimenta *et al.*, 2022). Entretanto, uma das estratégias utilizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem

(COFEN) para superar uma pequena parte desses obstáculos, foi o parecer nº 12/2020 que infere que é permitido ao enfermeiro prescrever a PrEP, desde que isso seja estabelecido no programa municipal e em rotina aprovada pela instituição de saúde (Cofen, 2020). Ainda em relação ao acesso, cabe citar que a grande maioria das pessoas que podem se beneficiar da profilaxia pertence a grupos sociais marginalizados, que enfrentam barreiras jurídicas e sociais para acesso aos serviços de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019a).

Todavia, mesmo quando os usuários conseguem acessar os serviços, ainda existem barreiras a serem quebradas, como apontado no estudo de Pimenta *et al.* (2022), no qual foi percebido a dificuldade na inclusão e engajamento de mulheres trans e travestis, e jovens HSH da periferia, negros e pobres ao uso da profilaxia, sendo apontados como principais fatores o racismo, violência e discriminação dessa população também em serviços de saúde. Ainda no mesmo estudo, os gestores relatam dificuldades na divulgação de informações para populações mais vulneráveis, uma vez que percebem que usuários brancos, de classe média ou alta, são melhor informados e sentem-se mais pertencentes ao serviço de saúde, quando comparados com, por exemplo, mulheres trans, negras, pobres, que já não acessam esses espaços, devido às violências e discriminações sofridas, fazendo com que a barreira no acesso à informação também se torne uma barreira de acesso à PrEP.

Ainda, os profissionais de saúde relatam dificuldades para criar vínculos e acessar os comportamentos sexuais dos pacientes, e engajá-los no uso da PrEP (Bleasdele *et al.*, 2020). Além disso, essa fragilidade também é evidenciada pelo uso precário de preservativos entre os usuários de PrEP, apresentação de sintomas de ISTs durante as consultas de acompanhamento, entre outros (Barbosa *et al.*, 2022). Em um outro estudo, usuários afirmaram que acreditavam que a PrEP confere proteção a outras ISTs, além de nem todos os entrevistados concordarem integralmente em realizar testagem rápida de forma regular, caso fizessem uso da PrEP. Esses dados demonstram saberes equivocados a respeito da função dos medicamentos, o que leva ao não uso de preservativos após iniciar o uso da PrEP, elevando os casos de outras ISTs, devido à sensação de proteção (Cruz Filho, 2021). Essa também é uma preocupação de gestores e profissionais da assistência: a ênfase no uso dos medicamentos em detrimento das estratégias comportamentais, o que é percebido como uma ameaça à própria política de prevenção combinada, e agravado pelas lacunas de ações de educação em saúde e ausência de serviços integrados (Pimenta *et al.*, 2022).

Diante do exposto, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays,

Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836 no ano de 2011, define como objetivos a atenção às demandas da população LGBTQIAPN+ juntamente com a ampliação do acesso, e atendimento respeitoso, resolutivo e integral, levando a uma maior equidade, além de oferecer uma atenção integral especialmente com relação à prevenção do HIV/AIDS (Brasil, 2013a). Além disso, a Política também infere sobre a realização de educação permanente em saúde como forma de sensibilização, reflexão coletiva e instrumentalização dos profissionais da rede, gestores, conselheiros e lideranças sociais, a partir de estratégias que envolvem a discussão de temas de enfrentamento a discriminações, inclusão da temática de orientação sexual e identidade de gênero, produção de materiais e estratégias educativas, desenvolvimento de pesquisas, entre outros (Brasil, 2013a).

Frente a isso, sabe-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) é a maior porta de entrada dos usuários no SUS e, portanto, exerce um papel estratégico no reconhecimento dos usuários em vulnerabilidade, além de promover a vinculação dos mesmos (Silva, 2019). Assim, os profissionais da APS devem estar capacitados para reconhecer a população alvo, desenvolver ações de prevenção combinada e encaminhamento resolutivo, entre outros, atuando como ordenadora do cuidado integrado, junto aos profissionais dos serviços especializados da rede de saúde do município (Brasil, 2022). Entretanto, a Atenção Primária também encontra dificuldades na oferta do serviço, uma vez que os profissionais relatam dificuldades estruturais, de sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos, e os usuários afirmaram que teriam receios em ser atendidos em um serviço próximo da sua casa em que os profissionais podem ser seus vizinhos (Pimenta *et al.*, 2022).

Ademais, no que tange à atuação dos profissionais de saúde na assistência ao usuário da PrEP, a mesma perpassa desde a prescrição dos medicamentos e reconhecimento de comportamentos de risco até ao aconselhamento e desenvolvimento de vínculo com o paciente para um cuidado mais humanizado e focado nas especificidades do mesmo. Além disso, é fundamental que para superar as dificuldades relacionadas ao uso dos medicamentos sem adoção de estratégias comportamentais, os profissionais estejam preparados para realizar um aconselhamento adequado, abordando questões relacionadas às sexualidades, vulnerabilidades e riscos, além de estimular a reflexão do usuário (Pimenta *et al.*, 2022). Para que isso aconteça faz-se necessário, além do acolhimento ao usuário, também a escuta qualificada, como cita a PNH, de forma a identificar as vulnerabilidades e necessidades dos indivíduos, garantindo assim que as estratégias recomendadas estejam de acordo com as

necessidades e desejo do usuário, o engajando ainda mais nas condutas (Brasil, 2013b).

Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados quanto à farmacêutica dos medicamentos, efeitos adversos, contraindicações, interações medicamentosas e testes laboratoriais necessários, além de estratégias de aconselhamento quanto a dúvidas e preocupações dos pacientes, de forma a fortalecer o vínculo profissional - paciente e assim conseguir acessar informações valiosas a respeito das individualidades e necessidades do paciente, promovendo um cuidado integral e maior aderência à profilaxia (Bleasdele *et. al*, 2020).

Um estudo realizado por Bleasdele *et. al* (2020) identificou que as principais barreiras indicadas pelos profissionais de saúde estavam relacionadas à lacuna de conhecimento a respeito da indicação, forma de uso, efeitos adversos, protocolos, entre outros. Ainda, uma revisão integrativa desenvolvida por Botéchia *et. al* (2022) demonstrou que os profissionais de saúde que já haviam realizado capacitações a respeito do cuidado relacionado ao HIV, demonstraram-se mais confiantes para a prescrição dos medicamentos, identificação de riscos e realização de educação em saúde, promovendo uma maior adesão dos usuários.

Ainda, Pinto *et al* (2018) evidencia que os profissionais que possuem melhor treinamento e capacitação para o atendimento à população candidata ao uso da PrEP são os profissionais de serviços especializados. Outro estudo também corrobora com esse dado, uma vez que os profissionais do Serviço Especializado demonstraram maior conhecimento em relação à profilaxia, indicações e fluxos e protocolos quando comparados aos profissionais da APS, que em sua maioria, declararam conhecimento pouco suficiente em relação à PrEP (Cavalheiro, 2018). Esse fator é preocupante, uma vez que os serviços especializados geralmente não atendem pacientes HIV negativos, visto que a maioria da população que procura o serviço especializado já possui HIV, cabendo também à APS o papel de acolher essa população.

Ainda, outra barreira no acesso a esses serviços é o estigma que permeia as pessoas que vivem com HIV, uma vez que indivíduos não infectados evitam a procura por serviços especializados, por temerem ser consideradas portadoras do vírus (Pimenta *et al.*, 2022). Além disso, usuários de PrEP também podem ter que lidar com situações de estigma, ligados principalmente a um pré-julgamento de comportamento irresponsável e promiscuidade, como tem sido veiculado a expressão “truvada whores”, como um termo pejorativo e estereotipado para pessoas que utilizam a PrEP (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019c; Zucchi *et*

al., 2018). Dessa forma é fundamental que ações também sejam realizadas com a comunidade, sensibilizando a mesma a respeito do que é a PrEP, quem pode se beneficiar dela, a diferença entre prevenção e tratamento, além de reforçar que a mesma é uma escolha responsável, associando-a também ao prazer, além de criar estratégias individuais para que os usuários possam lidar de uma melhor forma com o processo da estigmatização e preconceitos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019c; Zucchi *et al.*, 2018).

Uma pesquisa realizada por Silva (2019) com 57 residentes e outrossim profissionais da APS Porto Alegre, buscou identificar os efeitos de uma ação educativa a respeito da PrEP. Anteriormente à ação, foi identificado por meio de um instrumento de coleta de dados, que o conhecimento dos profissionais a respeito da PrEP era em sua maioria (79,6%) insuficiente ou pouco suficiente, apesar de 76,4% declararem estarem dispostos a recomendar a profilaxia. Após a palestra expositiva e dialogada, os profissionais eram novamente avaliados por um instrumento, e ao final, 69,6% dos participantes atingiram níveis suficientes de conhecimento, além de 84,3% afirmarem que recomendariam a PrEP aos usuários. Ainda, a falta de treinamentos foi a causa mais frequente de não recomendação da profilaxia aos pacientes, devido à insegurança profissional (Silva, 2019). Em consonância ao estudo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) também traz em suas diretrizes a importância da identificação das necessidades de qualificação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e a transformação de suas práticas de forma a aperfeiçoar dos processos de trabalho, garantindo o acesso e a qualidade e humanização do atendimento em todos os níveis do SUS, garantindo também dessa forma um cuidado integral e universal (Brasil, 2004b).

Ademais, a introdução da PrEP como uma estratégia de prevenção no SUS, traz à luz também a readequação dos processos de trabalho dos profissionais e serviços, uma vez que o público que mais utiliza essa tecnologia, também é o grupo social que, historicamente, encontrou dificuldades no acesso à uma saúde integral e adequada aos seus desejos e necessidades, para além da saúde sexual. Dessa forma, a PrEP também configura-se como um meio de ampliar a visão para as necessidades dos usuários (Pimenta *et al.*, 2022), todavia, faz-se necessário um avanço nas práticas no que diz respeito às recomendações normativas por parte dos profissionais de saúde, sendo fundamental portanto uma prática e abordagem dialógica com o usuário (Zucchi *et al.*, 2018).

Diante do exposto, é imprescindível que para a adesão ao método o paciente crie vínculo com o serviço de saúde e profissionais, além de compreender a função da PrEP, e

assim entender-se como protagonista no gerenciamento do risco de adquirir o HIV. Para isso, faz-se necessário uma equipe de profissionais qualificados e capacitados (Brasil, 2022), tanto nos serviços especializados, como nas UBS, desde o primeiro contato do usuário com o serviço. Assim, é fundamental que os profissionais estejam seguros ao abordar questões preventivas e sexuais, e compreendam a PrEP como uma estratégia fundamental na redução dos novos casos de infecção pelo HIV (Urbano, 2022), por meio de formações e capacitações aliadas à busca de conhecimento e aprimoramento individual. Também faz-se necessário uma mudança dos Projetos Pedagógicos de Curso e Projetos Político-Pedagógicos dos cursos da área da saúde no que tange à educação sobre questões de gênero e sexualidade, de forma que os profissionais já saiam da graduação como protagonistas de mudança em seus espaços de trabalho (Ferreira; Nascimento, 2022). Ademais, para além da formação técnica e científica, que também são fundamentais, é imprescindível que os profissionais de saúde também compreendam as implicações simbólicas, relacionais e materiais da produção do cuidado em saúde, de forma a compreender os significados que os métodos de prevenção assumem na vida cotidiana dos indivíduos (Zucchi *et al.*, 2018).

Ainda, para além da capacitação profissional é necessário ampliar a divulgação e acesso aos serviços, fazendo-se necessário uma gama de adequações de processos, que envolvem recursos humanos, ampliação de horários, transporte e também alimentação para os usuários, principalmente no que tange às populações mais vulneráveis. Ainda, de forma a superar os obstáculos referentes à recursos humanos e estruturais, faz-se necessário também o engajamento da equipe, mantendo a qualidade do atendimento, sendo acolhedor, humanizado, respeitoso e sem discriminação, garantindo também a privacidade do indivíduo (Pimenta *et al.*, 2022). Em relação aos serviços de saúde, é fundamental que os mesmos sejam acessíveis às populações que irão acessá-las, podendo ser integrados a outros serviços que esse grupo já utilize, além de demonstrar sensibilidade cultural e oferecer serviços complementares, como por exemplo relacionados a saúde sexual ou mental (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019a).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizada como descritiva e exploratória, que utiliza como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela interpretação dos fenômenos e atribuição de significados, uma vez que compreende que existe uma relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo, tendo como principal fonte de coleta de dados o ambiente natural e os sujeitos. Nesse tipo de pesquisa não são levantadas hipóteses prévias, entretanto para a interpretação e análise dos dados deve ser utilizado um quadro teórico (Prodanov; Freitas, 2013). A pesquisa exploratória, por sua vez, tem como objetivo primordial aprimorar ideias e proporcionar mais informações em relação ao tema selecionado, apresentando-se como uma abordagem flexível que possibilita a exploração de várias facetas de um mesmo assunto, e envolve principalmente o levantamento bibliográfico, entrevistas e análise (Gil, 2017).

Ainda, o presente estudo utilizou como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais, a qual foi teorizada por Serge Moscovici em 1961 na obra “*La Psychanalyse, son image, son public*”. Para o autor, as representações sociais são um sistema de valores, ideias e práticas, presentes na comunicação verbal e não-verbal, nas relações sociais, no que é produzido e consumido, ou seja, no cotidiano, implicando em um entrelaçamento entre o social e o individual (Moscovici, 1978; Bertoni; Galinkin, 2017). Dessa forma, a TRS pressupõe que existam formas diferentes de comunicação e conhecimento fundamentais e indispensáveis nas relações sociais, as quais Moscovici determina sendo o universo consensual e o reificado.

O primeiro constitui-se nas situações cotidianas e informais, nas quais as representações sociais constroem-se com maior frequência, enquanto que o segundo compreende o espaço e o saber científico (Arruda, 2002). Ademais, o autor se debruça e valoriza principalmente o conteúdo das representações do conhecimento de senso comum, o qual, segundo o autor, não deve ser visto como um disfuncionamento do conhecimento científico (Crusoé, 2004).

Assim, partindo do pressuposto que estamos envolvidos em linguagem, imagens e cultura que são impostos por representações do grupo ao qual pertencemos, não estamos livres dos efeitos de condicionamentos anteriores, e portanto as representações não são

criadas isoladamente. A partir disso, para compreender uma representação é fundamental voltar àquelas das quais ela nasceu, buscando na história o momento em que essa representação tornou-se familiar para determinado grupo, e portanto é preciso entender os processos de ancoragem e a objetivação (Bertoni; Galinkin, 2017).

A objetivação consiste em tornar concreto e significativo aquilo que é abstrato, complexo e novo, concretizando, desta forma, um conceito e esclarecendo como o conhecimento de um objeto é estruturado (Trindade; Santos; Almeida, 2019; Arruda, 2002; Crusoé, 2004). Ainda, Moscovici (1978, p.112) infere que a forma mais reveladora e sucinta das ideias culturais é a “coisificação coletiva”. Ela consiste em três etapas fundamentais sendo a primeira a descontextualização dos elementos e, portanto, um enxugamento e recorte das informações a partir de conhecimentos anteriores, valores culturais ou religiosos, entre outros; a segunda compreende a reconstrução dos fragmentos em um núcleo figurativo da representação, com um aspecto imagético; e a terceira consiste na naturalização daquilo que era misterioso (Arruda, 2002; Bertoni; Galinkin, 2017).

A ancoragem, por sua vez, consiste em dar sentido ao objeto, tornando familiar e conferindo valores a ele, a partir da sua inserção no repertório de crenças do sujeito, ou seja, classificar e dar nome a alguma coisa (Trindade; Santos; Almeida, 2019; Arruda, 2002; Crusoé, 2004; Bertoni; Galinkin, 2017). Esse processo implica em atribuir algum sentido a partir do enraizamento de uma representação em uma rede de significados, por meio de conhecimentos já existentes, além de conferir um valor funcional à representação, que possibilita a tradução e compreensão do mundo social. Por fim, a nova representação se torna familiar e transforma o conhecimento anterior, a partir do enraizamento em um sistema de representações preexistentes que servem como referência para classificar, comparar e categorizar o novo objeto (Bertoni; Galinkin, 2017). Ou seja, os processos de ancoragem e objetivação consistem em transformar o não-familiar em algo familiar, tornando-as compreensíveis. Entretanto, a representação social não é algo fixo e rígido, uma vez que ela opera transformando o sujeito e o objeto na mesma medida em que eles são modificados, visto que o objeto vai se adequando e se acomodando de acordo com o repertório do sujeito e vice-versa (Trindade; Santos; Almeida, 2019).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na região sul do Brasil em um município do estado de Santa Catarina, especificamente com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde e do Serviço de Atenção Especializada HIV/AIDS, que estão dispostos no território de forma estratégica, além de gestores (as) da Secretaria Municipal de Saúde e participantes LGBTQIAPN+ em uso de PrEP pelo SAE.

Em relação à organização dos serviços de saúde no município, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a porta de entrada e ordenadora da rede, realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, vigilância entre outros, atuando a partir do conceito ampliado de saúde (Chapecó, 2021), no qual os determinantes de saúde são fundamentais para um cuidado integral e individualizado, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2023b). Dessa forma, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) realizam uma gama de atividades e atribuições, a fim de oferecer um cuidado resolutivo nas demandas não só individuais, mas também coletivas da comunidade, incubindo-se da responsabilidade sanitária e oferecendo um serviço que perpassa os princípios do SUS, com equidade, universalidade e integralidade (Chapecó, 2021).

Segundo dados do Plano Municipal de Saúde do município, a cidade atingiu uma cobertura da APS de 97,47% em julho de 2025 (Chapecó, 2026) e atualmente, o município possui 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seu território, cobrindo áreas do interior da cidade e também aldeias indígenas, com 74 equipes de Estratégia Saúde da Família, compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de possuir também 2 Equipes de Atenção Primária Prisional (EAPP). Além das 74 eSF, o município também possui 6 Equipes Multiprofissionais (eMulti) como referência, contendo farmacêutico, educador físico, nutricionista, assistente social e psicólogo, além de 38 Equipes de Saúde Bucal (eSB), sendo portanto 968 profissionais ao total atuando na APS (Chapecó, 2024a).

Ademais, a partir da Política de Promoção da Equidade, o município tem desenvolvido algumas ações voltadas à ampliação do acesso, cuidado humanizado, resolutivo e longitudinal. A partir disso, em 2019 o município participou da Estratégia Qualifica APS, desenvolvida pelo estado de SC, com o objetivo de discutir os modelos de acesso e capacitar os profissionais quanto ao Acesso Avançado, que surge como uma estratégia de reorganização dos processos de trabalhos no que tange ao acolhimento e atendimento dos

usuários (Chapecó, 2021). O Acesso Avançado, por sua vez, preconiza que o atendimento ao usuário na UBS seja realizado no mesmo dia ou em até 48 horas, e busca uma maior eficiência e resolutividade do atendimento, reduzindo tempo de espera e desafogando as emergências hospitalares (Castro *et al.*, 2023).

No que tange às especificidades do território, o município está em constante crescimento e desenvolvimento, com destaque para o avanço imobiliário de novos loteamentos, o que além de aumentar a população, também dificulta o acesso devido a localização dos mesmos (Chapecó, 2021). Além disso, o município possui 20.694 imigrantes cadastrados, segundo dados do 2º quadrimestre de 2024 (Chapecó, 2024a), oriundos de aproximadamente 47 países, sendo em sua maioria venezuelanos e haitianos (Chapecó, 2021).

De forma a atender essa população, o município conta com um Centro de Atendimento aos Imigrantes (CAI) que realiza atendimento psicossocial aos imigrantes que chegam ou residem no município, encaminhamentos ao mercado de trabalho (Chapecó, 2021), além de encaminhamentos para as redes de atendimento em saúde, educação e assistência social e processo de legalização (Silva Filho; Vieira; Variani, 2024). Entretanto, é importante ressaltar que na região há um intensa estigmatização do imigrante, além do racismo institucional sofrido pelos mesmos, o que compromete também o acesso a um cuidado integral em saúde, fazendo-se necessário a construção de políticas públicas voltadas ao tema (Silva Filho; Vieira; Variani, 2024). Diante disso, o município pactuou como meta no Programa Anual de Saúde de 2024 a elaboração de um Plano Municipal de Atenção à População Imigrante, que contemple os três níveis de atenção à saúde de forma intersetorial (Chapecó, 2024b).

Ademais, além da Atenção Primária, o município também conta com serviços da Atenção Especializada, a qual é responsável pela articulação de ações e serviços de média complexidade, e está dividida em três redes de atenção: psicossocial, urgência e emergência e ambulatorial (Chapecó, 2024c). Cada rede compreende os seguintes serviços de saúde, segundo o Relatório Anual de Gestão do ano de 2023:

- Rede de Atenção Psicossocial: Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III).
- Rede de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento e Resgate

Aeromédico (SARA/SAER), Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço de Atenção Domiciliar Saúde em Casa.

- Rede Ambulatorial e Apoio Diagnóstico: Clínica da Mulher, Policlínica Municipal, Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatites (CETHH) e o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS.

O SAE, por sua vez, conta com uma equipe multiprofissional composta por infectologista, equipe de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais e atua de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h (Chapecó, 2021). O serviço é referência para 36 municípios vizinhos, pactuados no atendimento das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e seus parceiros, além de acompanhar a investigação de crianças expostas ao HIV por transmissão vertical, realizar consultas em infectologia para pacientes externos referenciado pelo Sistema de Regulação do município, avaliar a indicação da PEP, além de ações em empresas e instituições com enfoque na prevenção (Chapecó, 2021).

Ademais, apesar da PrEP ter sido instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, ela foi incorporada de forma gradativa nos Serviços de Atenção Especializada em HIV e Aids, e a partir de agosto de 2021, foi ampliada a prescrição e oferta de cuidado em PrEP para diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2024c). O município assinou, juntamente com o governo estadual, a Declaração de Paris em janeiro de 2023, firmando o compromisso com a estratégia do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em relação à Aceleração da Resposta nas Cidades rumo ao fim da epidemia de AIDS como ameaça à saúde pública até 2030 (Chapecó, 2024c). Assim, a PrEP foi instituída, tardiamente, no sistema de saúde municipal no início do ano de 2023 (Chapecó, 2024c), buscando cumprir a meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde - Gestão 2022-2025 (Chapecó, 2021), sendo portanto um serviço recente que possui sua dispensação hoje no SAE do município.

Diante disso, no município, segundo o Painel PrEP, do MS atualizado em fevereiro de 2026, atualmente há 221 usuários, sendo 82,8% homens gays e HSH, 8,4% mulheres cis, 5,9% homens heterossexuais cis, 2,5% mulheres trans e 0,5% homens trans, concentrados em sua maioria na faixa etária de 30 a 39 anos (44,8%), seguido de 25 a 29 anos (30%) (Brasil, 2026). Entretanto, a Programação Anual de Saúde do ano de 2026 não cita a manutenção e

ações relacionadas diretamente à PrEP, sendo apenas citadas algumas ações de prevenção ao HIV como o aumento da testagem e ações de prevenção nas escolas, o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com o matriciamento das equipes e a implementação de um Protocolo Municipal de Equidade em Saúde.

Frente ao exposto, também é necessário contextualizar o desenvolvimento de movimentos sociais na região e o conservadorismo ainda presente, e como isso influencia também na demora da implementação da PrEP no município, além das poucas ações e estratégias realizadas a respeito da população LGBTQIAPN+. Sobre isso, vale destacar que o município foi criado no ano de 1917, e já no início da década de 20 a colonização se deu por empresas que, com justificativa de organizar as primeiras bases de infraestrutura na região, venderam milhares de propriedades para descendentes de imigrantes italianos e alemães, expulsando violentamente as populações caboclas e indígenas da região. Diante disso, a região já inicia a sua formação com a invisibilização de populações hoje consideradas vulneráveis, que fortaleceu o preconceito e marginalização das mesmas (Nalin; Keschner; Zanatta, 2025).

Ademais, a região é reconhecida tradicionalmente por diversos movimentos sociais, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) – que surgiu na região oeste de Santa Catarina – e Movimento de Atingidos por Barragens (MAB), os quais tiveram apoio da igreja católica para sua organização e articulação. Entretanto, quando olhamos para o Movimento LGBTQIAPN+, o mesmo não obteve o mesmo apoio na região (Cattani; Lago; Vargas, 2021). Ainda, os movimentos conservadores do município operam não apenas de modo simbólico mas também acontecem de forma muito explícita. Isso pode ser ilustrado pelo fato de, no ano de 2010 quando a Câmara dos Vereadores apreciou um projeto de lei que tramitava em âmbito nacional e buscava a criminalização da homofobia, apenas dois vereadores votaram a favor, sendo que todos os demais afirmaram que não existia homofobia na cidade (Barp *et al.*, 2022).

Diante disso, a construção de movimentos sociais torna-se fundamental e no contexto regional, o GAPA, instituído no ano de 1989, foi o primeiro espaço construído no qual observou-se uma narrativa de preocupação com as particularidades da saúde da comunidade LGBTQIAPN+, sendo também o único espaço por mais de uma década. Após isso, no ano de

2000, foi fundado o Grupo Fogueira de Estudos e Pesquisas de Gênero na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) em conjunto com a Universidade do Contestado (UnC), que foram essenciais para a divulgação de informações científicas, realização de debates teóricos, pesquisas sobre a comunidade em toda a região e manifestações políticas, tendo uma importância ímpar no desenvolvimento do futuro movimento LGBTQIAPN+ organizado. Ademais, outro aspecto importantíssimo foi a construção de redes sociais entre pessoas de toda a região através do entretenimento gerado em boates e festas, uma vez que se não fosse o entretenimento ter feito com que aparecessem uns aos outros, talvez muito pouco teria se desenvolvido desde então (Barp *et al.*, 2022).

Ainda, após forte mobilização por meios virtuais e redes sociais além de fortalecimento com outros movimentos – como a União da Juventude Socialista (UJS), Centros Acadêmicos, partidos políticos, GAPA e Fogueira – no ano de 2016, membros do que já se articulava como movimento LGBTQIAPN+ local, participaram da Conferência estadual e nacional de políticas para essa comunidade. No mesmo ano foi realizado em parceria com o Ministério da Saúde, movimentos sociais de mulheres, estudantil e negro e o Centro Acadêmico de Enfermagem da UFFS, o “Curso de Formação de Lideranças e Ativistas LGBT para Controle Social no SUS”, ano também em que foi fundada a União Nacional LGBT de Chapecó (UNA LGBT), a qual configura-se como a primeira entidade organizada do movimento LGBTQIAPN+ na região Oeste de Santa Catarina (Barp *et al.*, 2022).

Portanto, a UNA LGBT fundamenta-se como um movimento de resistência fundamental na região Oeste que já é tão demarcada pelo conservadorismo e preconceito sobre populações vulneráveis, especialmente a LGBTQIAPN+, uma vez que busca sempre uma maior visibilidade, sociabilidade, formação política e reivindicações de direitos da comunidade no município. Diante desse cenário, o município foi escolhido pela pesquisadora devido ao contexto regional que cerca as discussões a respeito da temática, além de a distribuição da PrEP ser um serviço novo no município. Dessa forma é fundamental interpretar, a partir da lente das representações sociais, a implementação da profilaxia sob a visão não só dos profissionais de saúde na assistência e gestão, como também dos usuários, de forma a analisar a sua coerência com os princípios e diretrizes do SUS, e com as políticas de saúde transversais, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES), além dos contextos regionais

já postos.

4.3 PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

Participaram da pesquisa 11 profissionais assistenciais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 do Serviço de Atenção Especializada (SAE) HIV/AIDS, além de 14 gestores (as) de Unidades e da Secretaria Municipal de Saúde. Para a captação dos participantes, foi realizado um primeiro contato com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual indicou os contatos dos coordenadores da Gestão de Atenção Básica (GAB) e Gestão de Atenção Especializada (GAE). Após, o coordenador da GAB disponibilizou os contatos dos coordenadores das UBSs, os quais a pesquisadora entrou em contato convidando-os para a pesquisa. Já relacionado aos profissionais do SAE, foi realizado o contato com a coordenadora do serviço que indicou os profissionais presencialmente, onde foram realizadas as entrevistas. Em relação aos usuários LGBTQIAPN+, foram entrevistados 8 participantes em uso de PrEP, os quais foram captados conforme técnica de *snowball* além de convite direto dos mesmos no SAE, após a consulta com o enfermeiro.

Em relação aos profissionais da UBS e dos usuários que participaram por indicação, o contato se deu por meio de um aplicativo de mensagens, no qual foi apresentada a pesquisa, bem como os seus objetivos, riscos e benefícios, além de um convite de participação. Após o aceite de participar da pesquisa, foi agendado um dia e horário para coleta das entrevistas, de forma presencial ou online, que variou de acordo com a disponibilidade de cada participante. Em relação aos profissionais e usuários que foram abordados no serviço, houve o mesmo processo de apresentação da pesquisa. Ainda, as entrevistas tiveram uma duração média de 15 a 20 minutos, e foram conduzidas majoritariamente pela pesquisadora, mas também houve contribuição de duas voluntárias que também conduziram entrevistas com os participantes, em uma menor proporção.

O tamanho da amostra justifica-se pelo grande número e pela diversidade de território e profissionais atuantes nos CSFs do município, além de a população LGBTQIAPN+ representar, atualmente, a maior parcela de usuários de PrEP no município (Brasil, 2026). Foram usados como critérios de inclusão do estudo indivíduos maiores de 18 anos, profissionais atuantes nas UBS e do SAE HIV/Aids do município e usuários de PrEP que utilizam o SAE HIV/Aids e que façam parte da comunidade LGBTQIAPN+. Já como critério de exclusão, foram excluídos os profissionais que não atuavam na área da saúde e usuários

que faziam o uso da profilaxia exclusivamente no sistema privado.

A entrevista foi orientada por um roteiro de perguntas semiestruturado, criado e aplicado pela acadêmica autora da pesquisa e por duas voluntárias. Todas as entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados, com exceção de uma, a qual o participante optou por não autorizar a gravação. Todo o material coletado será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período. A captação de novos participantes foi encerrada após se atingir o critério de saturação dos dados, que ocorreu quando os dados coletados durante a pesquisa passaram a apresentar replicação ou redundância.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

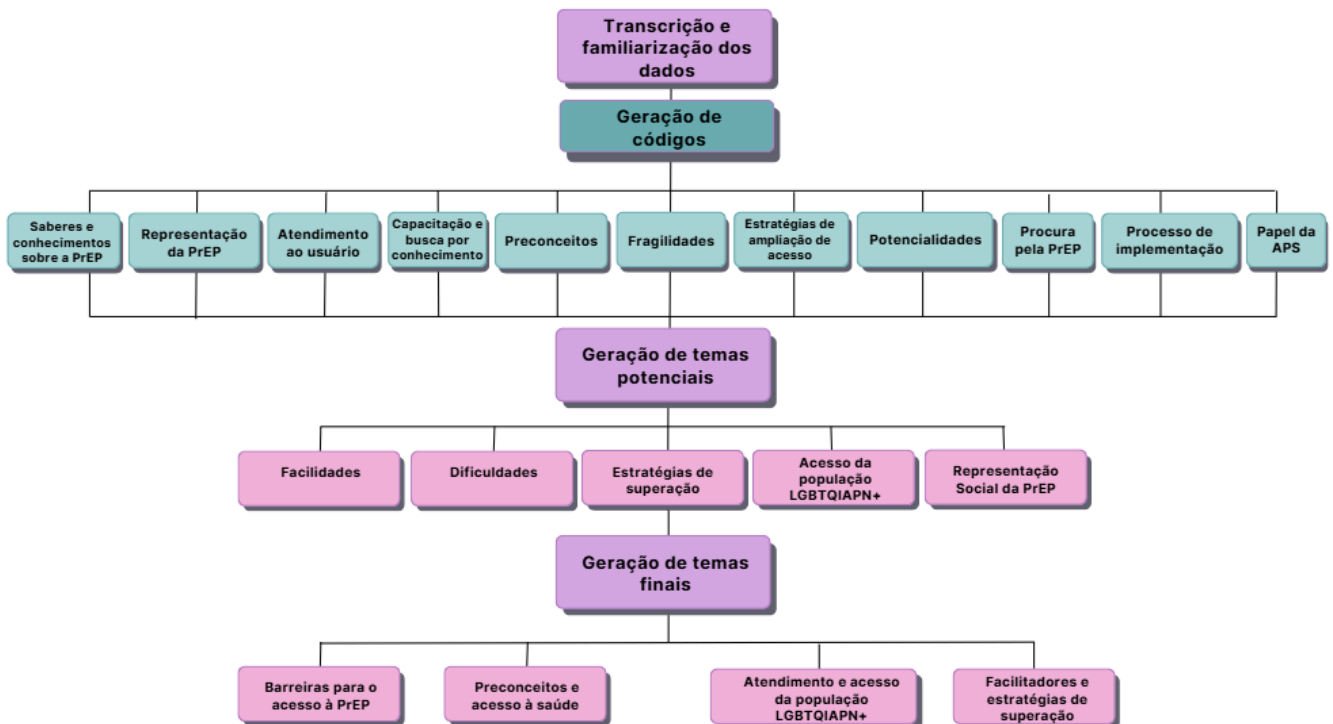
Os dados foram explorados a partir da análise temática de Braun e Clarke (2008), a qual é um método qualitativo que permite formar conjunto de dados de forma a identificar, analisar e relatar padrões repetidos de significado, que serão denominados de “temas”. Apesar de ser um método flexível, os autores propõem seis etapas, as quais serão seguidas no presente estudo.

O primeiro estágio é a familiarização com os dados, que foi iniciada já na coleta e aprofundada durante a transcrição, a qual é uma etapa fundamental de ato interpretativo, e não apenas mecânico. Posteriormente foi realizada a leitura e releitura dos dados de forma a mergulhar nos mesmos e assim identificar os significados e padrões e portanto, formular os primeiros apontamentos. Já a segunda etapa compreendeu a geração de códigos, os quais identificaram uma característica dos dados que a pesquisadora compreendeu como significativa, a partir da sua interpretação. Ademais, no terceiro estágio foi realizado o agrupamento dos códigos em temas potenciais, que foram os elementos fundamentais da análise, agrupando todos os extratos codificados nos temas. Nessa fase, alguns códigos iniciais poderão formar temas principais, subtemas ou ser descartados (Braun; Clarke, 2008).

Na quarta etapa, os temas potenciais foram revisitados e refinados, e foi verificado se os mesmos faziam sentido ao que foi codificado, gerando temas finais distintos entre si e com dados significativamente coerentes, gerando assim um “mapa temático de análise”. Nessa fase também poderá ser codificado qualquer outro dado adicional que a pesquisadora considere relevante, uma vez que esse é um processo orgânico. A quinta fase compreendeu a definição e nomeação dos temas a partir de uma nova análise para identificar a especificidade

do assunto de cada um e a geração de definições e títulos claros, para que por fim, todos os temas sejam analisados detalhadamente a partir dos dados coletados, da literatura científica e pela ótica do eixo teórico escolhido (Braun; Clarke, 2008).

Figura 2 - Mapa Temático de Análise



Fonte: Elaborado pelos autores no software de design gráfico Canva em versão gratuita (2026).

Ainda como processo de análise, será utilizado o método de triangulação dos dados, o qual permite o aumento do aprimoramento, credibilidade e confiabilidade do estudo, bem como a análise do fenômeno sob diferentes olhares, uma vez que se debruça sobre diferentes perspectivas (Santos *et al.*, 2020). No presente estudo, a triangulação estará presente em diversos momentos, sendo o primeiro deles a análise de três diferentes fontes de dados: profissionais da assistência, gestores (as) e usuários. Também será realizada a análise de mais de um dado, sendo portanto os dados transcritos das entrevistas, além das notas de diário de campo que foram coletadas pela pesquisadora no momento da coleta de dados. Objetiva-se a contribuição de diferentes pesquisadores no estudo, incluindo o professor orientador, bem como outro investigador não envolvido na pesquisa, de forma a minimizar distorções e

enriquecer o conhecimento (Santos *et al.*, 2020).

Por fim, também foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) como guia. O COREQ é recomendado para pesquisas que trabalhem com coletas de dados por meio de entrevistas ou grupos focais e possui 32 itens distribuídos em três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados, de forma a aferir o rigor de estudos qualitativos (Souza *et al.*, 2021).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa respeitou a Carta Circular no 1/2021-CONEP/SECNS/MS (Brasil, 2021b), sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) para parecer. As coletas de dados iniciaram apenas após o deferimento ético pelo CEP, sob parecer de aprovação nº 7.860.536, CAAE nº 90347525.0.0000.5564. Já em relação ao armazenamento dos dados coletados, foi realizado o download dos mesmos para um dispositivo eletrônico local.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado antes da entrevista, para posterior assinatura. O procedimento de leitura do TCLE foi realizado em ambiente privado, bem como a explanação verbal por parte da pesquisadora dos objetivos e a justificativa, da participação voluntária, além da possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso resultasse em qualquer dano. Além disso, para preservar a identidade dos participantes incluídos no estudo, os nomes dos mesmos foram convertidos nas letras A, G ou U, indicando o grupo com o qual o participante pertencia, sendo respectivamente, “Assistencial”, “Gestor” e “Usuário”, seguida de um número ordinal crescente (A1,A2...), respeitando-se a ordem das entrevistas. Ainda, prevaleceu o respeito aos participantes em sua dignidade e autonomia, respeitando os preceitos legais das Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e 510/2016 (Brasil, 2016a) do Conselho Nacional de Saúde.

No que tange aos riscos relacionados à participação na pesquisa, os mesmos envolveram principalmente o risco de constrangimento e desconforto ao relatar vivências tanto do ambiente de trabalho quanto também pessoais, o qual foi minimizado ao realizar-se as entrevistas em um ambiente privado, mesmo quando optado pela entrevista em ambiente de trabalho. Nas entrevistas online, o participante foi orientado a escolher um ambiente favorável, além de ter sido garantida a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, sem danos e prejuízos. Além disso, foi disponibilizado acesso ao teor do conteúdo

do instrumento antes do início da entrevista para uma tomada de decisão informada. Por fim, o principal benefício relacionado à colaboração na pesquisa é o de contribuir, através das vivências e experiências, em uma melhoria da assistência ao usuário de PrEP, bem como nos processos de trabalho da rede do município.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

De forma a caracterizar e entender o perfil dos participantes do presente estudo, durante as entrevistas foram realizadas perguntas relacionadas a dados sociodemográficos, os quais serão discutidos neste tópico. Os questionamentos relacionados aos dados sociodemográficos foram comuns a todos os grupos, diferenciando-se apenas em duas questões direcionadas apenas aos usuários referente ao tempo de uso da PrEP e a modalidade utilizada.

5.1.1 Usuários de PrEP

Primeiramente, relacionado ao grupo de usuários de PrEP entrevistados, a média de idade foi de 31,5 anos, sendo que o participante mais novo tinha 26 anos, enquanto que o mais velho possuía 37 anos. Em relação a identidade de gênero, 100% dos participantes identificaram-se como homens cisgêneros, enquanto que relacionado à orientação sexual, 87,5% (f=7) identificaram-se como homens gays e 13,5% (f=1) como demi-panssexual. Ainda, em relação à cor/raça, apenas dois dos entrevistados declararam-se como pardos, enquanto que todos os outros identificaram-se como brancos. Já no que tange à formação acadêmica e renda familiar, 87,5% (f=7) dos participantes afirmaram ter pelo menos ensino superior completo, enquanto que 13,5% (f=1) afirmou ter curso técnico. Além disso, em sua maioria, afirmaram possuírem uma renda entre 5 a 10 salários mínimos (62,5%, f=5), enquanto que a minoria possui renda entre 2 e 5 salários (37,5%, f=3). Tais dados corroboram tanto com os índices nacionais quanto internacionais, nos quais a grande maioria dos usuários de PrEP são HSH jovens com formação universitária.

Esse dado pode ser evidenciado em um estudo retrospectivo descritivo realizado entre novembro de 2019 e outubro de 2020, por Laguno *et al* (2023) na Unidade de HIV do Hospital Clínico de Barcelona, no qual os autores concluíram que em sua esmagadora maioria, os usuários eram HSH jovens, com uma média de 35 anos de idade, com formação universitária. Ainda, outro estudo realizado no “Walk In Ruhr”, um centro de saúde sexual alemão, constatou que a idade média de usuários de PrEP era de 34 anos, sendo sua grande maioria (98,6%) eram homens HSH, com 12 anos ou mais de estudo (Ahaus *et al.*, 2022). Ainda relacionado à formação escolar e acadêmica, sabe-se que a baixa escolaridade está

diretamente associada a uma menor adesão a tratamentos de longo prazo, como a PrEP, além de que a falta de campanhas educativas e acessíveis também pode contribuir para o desconhecimento sobre a PrEP em populações de baixa escolaridade (Souza *et al.*, 2024).

Ademais, quando analisados os dados em âmbito nacional, os mesmos também convergem com o encontrado em literatura internacional. Um estudo descritivo transversal, realizado no estado do Ceará, concluiu que entre o período de 2018 a 2023 houve uma prevalência de usuários de PrEP com idade entre 30 a 39 anos, com alto nível de escolaridade, pertencente à população de gays e de HSH cisgênero. Entretanto, os dados da pesquisa supracitada divergem dos encontrados pelo presente estudo em relação à raça/cor, uma vez que no Ceará o mais predominante foram pessoas pardas, o que pode ter se dado pela população cearense ser majoritariamente composta por indivíduos autodeclarados como de raça/cor preta ou parda (Lira Júnior; Florêncio; Abreu, 2024), diferentemente do estado de Santa Catarina (IBGE, 2022a). Tal dado também foi descrito por Souza *et al.* (2024), os quais ao analisar os indicadores regionais do ano de 2023 em relação à PrEP, observaram que as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior proporção de usuários brancos, enquanto o Norte e o Nordeste se destacaram pela diversidade racial. Entretanto, mesmo considerando questões regionais é fundamental destacar que a população preta ainda apresenta as menores taxas de adesão à PrEP por conta de, principalmente, desigualdades educacionais e econômicas (Souza *et al.*, 2024).

Ainda em relação a este tópico, em um estudo epidemiológico transversal realizado no município de Ponta Grossa no estado do Paraná, 83,68% dos usuários de PrEP declaram-se como brancos, seguidos 10,46% de pessoas pardas, convergindo com os achados da presente pesquisa (Basso *et al.*, 2024). Isso demonstra também uma fragilidade à respeito do acesso de outras populações vulneráveis, como mulheres trans e travestis, as quais enfrentam diversas barreiras como estigma, discriminação e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas a essa população (Souza *et al.*, 2024).

Já no que concerne à religião ou crença, 2 (dois) participantes declararam-se católicos, 2 (dois) não possuem religião, 1 (um) identifica-se como cristão, 1 (um) como ateu, 1 (um) apenas como religioso e 1 (um) que se identifica com o sincretismo. Em relação ao estado civil, a maioria são homens solteiros (87,5%, $f=7$), apesar de dois terem companheiros, enquanto uma minoria declara-se em união estável (12,5%, $f=1$). Ainda, 5 (cinco) entrevistados declararam morar sozinhos, 2 (dois) morarem com os companheiros, e 1 (um) com familiares.

Ademais, 37,5% (f= 3) dos participantes utilizam a PrEP sob demanda, enquanto que 62,5% (f= 5) utilizam a PrEP diária, enquanto que a média de tempo de uso da PrEP pelos usuários foi de 30 meses, sendo o menor tempo de uso de 2 meses e o maior de 7 anos.

Por fim, cabe ressaltar que a PrEP já havia sendo discutida e utilizada por outros países há alguns anos, como por exemplo, nos Estados Unidos, o qual foi o primeiro país a aprovar a PrEP oral para prevenção do HIV, com a *Food and Drug Administration* (FDA) autorizando o uso em julho de 2012 (FDA, 2012); no Quênia e na África do Sul em dezembro de 2015; no Canadá, em fevereiro de 2016; no Peru em abril de 2016; e em julho de 2016 nos 28 Estados membros da União Europeia, Noruega e Islândia (Brasil, 2017a). Ainda, no ano de 2025 os Estados Unidos também aprovaram o uso do lenacapavir injetável (LEN) como PrEP, o qual é administrado via subcutânea a cada 6 meses (Patel *et al.*, 2025).

Considerando todos os dados supracitados, segue abaixo o quadro com o perfil dos usuários entrevistados.

Quadro 1 - Caracterização dos usuários de PrEP

	Idade	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Cor ou raça	Crença/religião	Estado Civil	Renda Familiar	Com quem reside	Categoria profissional	Formação escolar/acadêmica	Tempo de utilização da PrEP	Modalidade de PrEP que utiliza
U1	33	Homem cis	Homossexual	Branco	Sem religião	Solteiro	De 5 a 10	Sozinho	Arquiteto, influenciador e empresário.	Superior Completo	3 anos	Sob demanda
U2	36	Homem cis	Homossexual	Branco	Católico	Solteiro	De 5 a 10	Sozinho	Professor universitário	Doutorado completo	2 anos	Sob demanda
U3	30	Homem cis	Homossexual	Branco	Cristão	Solteiro	De 2 a 5	Sozinho	Analista de Departamento Pessoal	Superior Incompleto	2 anos	Diária
U4	35	Homem cis	Homossexual	Pardo	Ateu	União Estável	De 5 a 10	Sozinho	Médico	Especialização incompleta	1 ano e meio	Diária
U5	28	Homem cis	Demi-panssexual	Branco	Sincretismo	Solteiro	De 5 a 10	Namorada	Autônomo	Superior Completo	1 ano e meio	Sob demanda
U6	26	Homem cis	Homossexual	Branco	Católico	Solteiro	De 2 a 5	Sozinho	Analista de Processos	Especialização incompleta	3 anos	Diária
U7	27	Homem cis	Homossexual	Branco	Acredita em Deus, mas sem religião	Solteiro	De 5 a 10	Namorado	Instrutor de Voleibol	Especialização incompleta	2 meses	Diária
U8	37	Homem cis	Homossexual	Pardo	Religioso	Solteiro	De 2 a 5	Familiares	Construção Civil	Curso técnico	7 anos	Diária

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.1.2 Gestores (as) do SUS

Em relação aos profissionais da gerência, os mesmos constituíram-se em 14 profissionais das Unidades Básicas de Saúde, do Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e da Secretaria Municipal de Saúde.

No que tange à idade dos entrevistados, foi possível identificar uma média de 37,5 anos, sendo que o participante mais novo tinha 28 anos, enquanto que o mais velho possuía 50 anos. Relacionado a isso, pode-se observar também em outros estudos uma tendência de concentração de profissionais na faixa etária de 30 a 49 anos em cargos de gerência (Sousa *et al.*, 2022; Henrique; Artmann; Lima, 2019), em virtude do amadurecimento profissional necessário (Sousa *et al.*, 2022).

Em relação à orientação sexual e cor ou raça, todos os participantes identificaram-se como heterossexuais e brancos, e relacionado à identidade de gênero, 86% identificaram-se como mulheres cisgênero (f=12), enquanto que 14% reconheceram-se como homem cisgênero (f=2). Esses achados convergem com o dado de que as mulheres ainda são as mais predominantes na área da saúde, principalmente na enfermagem, totalizando mais de 87% dos profissionais cadastrados e atuantes no Brasil (Cofen, 2025), o que se deve, em grande parte, ao entendimento socialmente construído da ligação entre sexo feminino e o papel de cuidado (Sousa *et al.*, 2022). Ainda, a falta de pessoas LGBTQIAPN+ em cargos de gerência e coordenação também merece atenção, uma vez que traz luz às barreiras de acesso dessa população decorrente de dificuldades de escolarização, principalmente quando pensamos em pessoas trans, além de acesso a cargos mais elevados (Costa; Hennington, 2023).

Ademais, em relação à cor/raça, o relatório final da pesquisa do perfil da enfermagem no Brasil realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) no ano de 2019, aponta que 57,4% dos auxiliares e técnicos de enfermagem declaram ser pardos ou pretos, e 37,6% identificam-se como brancos. Entretanto, quando a análise é direcionada apenas para os enfermeiros, 57,9% se consideram brancos e 37,9% identificam-se como pardos ou pretos (Machado, 2019), denotando que o acesso ao ensino superior ainda é direcionado a apenas uma parcela da população, enquanto à outra cabem os cursos técnicos. Ainda, segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a ocupação de cargos gerenciais ainda é majoritariamente dominada por pessoas brancas no Brasil, totalizando 69% dos cargos ocupados (IBGE,

2022b). Portanto, é imprescindível destacar a ausência de pessoas pretas e pardas em cargos de coordenação e gerência no presente estudo, o que se deve a inúmeras problemáticas que levam à desigualdade étnico-racial, e por conseguinte, à falta de representatividade e acesso a estes cargos (Sousa *et al.*, 2022).

No que concerne à crença ou religião, em sua grande maioria os participantes identificaram-se como católicos (f=10, 72%), seguido dos evangélicos (f=2, 14%), luterano (f=1, 7%) e espírita (f=1, 7%), dados que corroboram com o último censo realizado no ano de 2022 pelo IBGE, no qual a grande maioria da população afirmou identificar-se como católica, seguida dos evangélicos e posteriormente, outras religiões (IBGE, 2022c). Já relacionado ao estado civil dos participantes, 50% (f=7) afirmam estar em uniões estáveis, 21,5% (f=3) são casados, 21,5% (f=3) são solteiros e 7% (f=1) são divorciados.

No que tange à renda familiar, 57% (f=8) afirmaram ter uma renda entre 5 e 10 salários mínimos, 29% (f=4) entre 2 a 5 salários, 7% (f=1) de 10 a 20, e 7% (f=1) mais de 20 salários. Já relacionado à formação acadêmica, considerando que todos os entrevistados possuíam pelo menos o ensino superior completo em Enfermagem, 71% (f=10) também possuíam alguma especialização, 7% (f=1) eram mestres e 7% (f=1) estavam finalizando o mestrado profissional. Esses dados também vão ao encontro do achados de uma pesquisa relacionada ao perfil dos coordenadores na cidade de Criciúma, na qual 74% dos participantes possuíam alguma pós-graduação, sendo que 62% em nível de especialização, e 12%, de mestrado (Henrique; Artmann; Lima, 2019). Ainda relacionado a isso, apenas uma entrevistada afirmou morar sozinha enquanto os outros participantes afirmaram residir com familiares, principalmente cônjuges e filhos.

Segue abaixo o quadro com o perfil dos gestores (as) entrevistados.

Quadro 2 - Caracterização do perfil dos gestores (as)

	Idade	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Cor ou raça	Crença/religião	Estado Civil	Renda Familiar em salários mínimos	Com quem reside	Categoria profissional	Formação escolar/ acadêmica
G1	47	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	Casada	De 5 a 10	Marido e 2 filhos	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G2	33	Homem cis	Heterossexual	Branco	Católico	União Estável	De 5 a 10	Esposa e filho	Enfermeiro Coordenador	Superior Completo
G3	50	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Luterana	Casada	De 2 a 5	Marido e filho	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G4	33	Homem cis	Heterossexual	Branco	Católico	União Estável	De 5 a 10	Esposa e filha	Enfermeiro Coordenador	Especialização Completa
G5	30	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	Solteira	De 5 a 10	Marido e 2 filhos	Enfermeira Coordenadora	Superior Completo
G6	29	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 5 a 10	Companheiro	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G7	29	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 2 a 5	Marido	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G8	36	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Espírita	Casada	De 10 a 20	Marido e 3 filhos	Enfermeira Coordenadora	Mestrado Completo

G9	44	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Evangélica	União Estável	De 2 a 5	Marido e filho	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G10	37	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	Mais de 20	Marido e filha	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G11	49	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	Divorciada	De 2 a 5	Filha	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G12	41	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 5 a 10	Marido e filho	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa
G13	28	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Evangélica	Solteira	De 5 a 10	Sozinha	Enfermeira Coordenadora	Mestrado incompleto
G14	40	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	Solteira	De 5 a 10	Companheiro	Enfermeira Coordenadora	Especialização Completa

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.1.3 Profissionais assistenciais do SAE HIV/Aids e APS

No que tange aos profissionais da assistência, os mesmos constituíram diferentes categorias profissionais, sendo entrevistados profissionais do serviço especializado e também das UBSs. Os contatos dos profissionais foram disponibilizados pelos coordenadores das unidades para que a pesquisadora entrasse em contato com os mesmos, e as entrevistas foram realizadas posteriormente.

No que tange ao perfil desses profissionais, a média de idade foi de 39,5 anos, sendo que o participante mais novo tinha 29 anos, enquanto que o mais velho possuía 51 anos, dados muito semelhantes aos encontrados em um estudo que abordou o perfil dos trabalhadores da APS nos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, no qual a média de idade foi de 39,1 anos (Marinho *et al.*, 2022).

Quando questionados sobre cor ou raça, 91% (f=10) consideraram-se brancos, enquanto que apenas 9% (f=1) consideraram-se pardos. Em relação ao gênero dos profissionais assistenciais, os dados convergem com àqueles encontrados para os gestores (as), visto que 82% (f=9) dos profissionais assistenciais identificaram-se como mulheres cis, enquanto que 18% (f=2) como homem cisgênero, o que também vai ao encontro do estudo citado anteriormente relacionado ao perfil dos profissionais da APS (Marinho *et al.*, 2022). Ainda, tal dado, também reflete internacionalmente, como em um estudo realizado nos Países Baixos à respeito do perfil dos profissionais de saúde, no qual a grande maioria também eram mulheres jovens (Treviño-Reyna *et al.*, 2021). Quanto à orientação sexual, 73% (f=8) identificam-se como heterossexuais, 18% (f=2) como homossexuais e 9% (f=1) como bissexuais.

Já relacionado à crença ou religião, os dados vão, novamente, ao encontro do último censo realizado pelo IBGE, no qual grande maioria da população afirmou ser católica (IBGE, 2022c). No presente estudo, 45% (f=5) dos profissionais assistenciais identificaram-se apenas como católicos e 18% (f=2) identificaram-se como católicos e espíritas concomitantemente, sendo que os outros 37% dividiram-se igualmente em apenas espíritas, cristãos, evangélicos e pessoas sem religião. Quanto ao estado civil, 54% (f=6) dos entrevistados afirmaram serem casados, 27% (f=3) em união estável, 9% (f=1) solteiros e 9% (f=1) divorciados, e em sua grande maioria residem com os cônjuges e filhos.

No que diz respeito à categoria profissional, 64% (f=7) são enfermeiros, enquanto que

o restante divide-se igualmente entre psicólogo, auxiliar de enfermagem, farmacêutico e médico, sendo que todos possuem ensino superior completo, uma vez que a profissional auxiliar de enfermagem também possui graduação em enfermagem. De todos os profissionais, 82% (f=9) possuem especialização, enquanto que 18% (f=2) tem mestrado completo.

Segue abaixo o quadro com o perfil dos profissionais assistenciais entrevistados.

Quadro 3 - Caracterização do perfil dos profissionais assistenciais

	Idade	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Cor ou raça	Crença/religião	Estado Civil	Renda Familiar em salários mínimos	Com quem reside	Categoria profissional	Formação escolar/ acadêmica
A1	46	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Espírita	Divorciada	De 2 a 5	2 filhos	Enfermeira Assistencial	Especialização Completa
A2	50	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 2 a 5	Marido e filha	Psicóloga	Especialização Completa
A3	35	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Cristã	Casada	De 5 a 10	Marido e filho	Auxiliar de enfermagem	Especialização Completa
A4	40	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica / Espírita	Casada	De 5 a 10	Marido e filho	Farmacêutica Responsável Técnica	Especialização Completa
A5	51	Homem cis	Homossexual	Branco	Católico / Espírita	Casado	De 5 a 10	Marido	Enfermeiro Assistencial	Especialização Completa
A6	29	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 5 a 10	Namorado	Enfermeira Assistencial	Mestrado Completo
A7	32	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Sem religião	Casado	De 5 a 10	Marido	Enfermeira Assistencial	Especialização Completa
A8	37	Homem cis	Homossexual	Pardo	Católico	Solteiro	De 5 a 10	Sozinho	Enfermeiro Assistencial	Mestrado Completo
A9	42	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Evangélica	Casada	De 10 a 20	Marido e 2 filhos	Enfermeira Assistencial	Especialização Completa

A10	30	Mulher cis	Bissexual	Branca	Católica	Casada	De 5 a 10	Esposa	Enfermeira Assistencial	Especialização Completa
A11	43	Mulher cis	Heterossexual	Branca	Católica	União Estável	De 5 a 10	Filho, esposo, sogro e sobrinha	Médica	Especialização Completa

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PREP

5.2.1 Gestores (as) do SUS e profissionais assistenciais

No que diz respeito às palavras e termos mais evocados pelos gestores (as) do SUS além dos profissionais assistenciais entrevistados, os que apareceram com maior frequência foram, respectivamente: HIV (f=126); orientar / orientação (f=99); encaminhar / encaminhamento (f=68); prevenção (f=66); risco (f=56); capacitação (f=46); acesso (f=45); procura (f=42); conhecimento (f=37); divulgar / divulgação (f=32); preservativo (f=32); e centralizado (f=14).

Figura 3 - Nuvem de palavras e termos mais evocados pelos gestores (as) e profissionais assistenciais



Fonte: Elaborado pelos autores no software de design gráfico Canva em versão gratuita (2026).

Primeiramente, o termo mais utilizado pelos profissionais foi “HIV”, principalmente

relacionado à redução das taxas de incidência promovidas pela PrEP, e a considerando como uma ferramenta aliada ao combate da epidemia de HIV/Aids, além de falas relacionadas a preconceito ainda existentes, como exemplificado nas falas abaixo.

Porque ele usando a PrEP ele vai evitar de ter uma infecção contra o HIV. Então a PrEP, ela veio para realmente prevenir e a gente diminuir os casos de HIV/Aids. E que com isso a gente vai um dia, um ano desses, acabar com o vírus HIV. (A5)

Porque acaba diminuindo o custo, o impacto social, porque não é só o que o vírus traz em condições de saúde, mas também o psicológico de conviver o estigma que tem com o HIV, então, a gente sabe que a medicação vai livrar eles desse impacto social que traz psicológico em questão de saúde também. (A3)

Porque ainda existe muito preconceito sobre isso hoje, né... taxado de HIV. [...] Há 30 anos atrás quando tinha diagnóstico de HIV era taxado de podre, enfim, vai morrer e tal. E hoje não tem, não tem mais essa percepção de como era antigamente. (A8)

O que que se fala hoje sobre HIV no município? Testagem. Por exemplo, dia primeiro de dezembro, acho que é o dia de alusão ao HIV. O que que foi feito sobre isso? Foi feita uma testagem no serviço de transporte urbano. Isso não é prevenção de HIV. Isso não é normalizar o HIV e dizer: "Olha, está tudo bem, a gente tem tratamento, as pessoas vivem com qualidade de vida, é uma doença crônica hoje como qualquer outra" [...] Então a gente tem um monte de outras ações que poderiam ser feitas. A própria PrEP, se eu não me engano, agora, você tem um medicamento que você toma uma vez a cada seis meses e está protegido do HIV. (G8)

Cara, de potencialidade para mim, principalmente, é reduzir a incidência do HIV. Eu acho que é uma potencialidade dela [PrEP]. Ao mesmo tempo, é uma importante ferramenta de saúde pública, onde a gente vai conseguir reduzir ainda mais os casos. (G4)

Relacionado aos termos “orientar” e “orientação”, os mesmos foram citados 99 (noventa e nove) vezes e apareceram principalmente ligados à orientação dos profissionais da APS para o usuário buscar o atendimento do serviço especializado. Ainda, os termos também surgem, relacionados à orientação realizada pelos profissionais aos usuários quanto ao uso do medicamento e outras formas de prevenção. Cabe ressaltar que este último tópico foi principalmente evocado pelos profissionais assistenciais, uma vez que os gestores (as) utilizaram os termos majoritariamente relacionados à orientação de encaminhamento. Ainda, outro sentido utilizado foi de os profissionais da APS receberem ou já terem recebido algum tipo de orientação sobre o fluxo de encaminhamento e atendimento do usuário.

A gente não é capacitado sobre o assunto. A gente tem as orientações aí que a gente vê via Ministério da Saúde, mas de fato sermos capacitados e falar sobre isso não

acontece (G8).

Porque é lá no SAE que é o lugar que eles orientam os pacientes. Mas assim, aqui a gente faz a orientação do paciente que quer usar a medicação. Aí, a gente orienta ir lá na SAE, fazer a consulta com a enfermeira ou com o médico e daí eles explicam certinho a forma de usar. (G10)

Então eu acho que poderia ser bem melhor utilizada. Talvez falta um pouquinho até por parte dos profissionais de saber orientar em relação a isso. (G14)

Então eles vão chegar para nós para que a gente faça a dispensa dos medicamentos e a orientação quanto a tomada, e efeitos colaterais, enfim, se eles tiverem mais alguma dúvida. Mas o atendimento PrEP é basicamente a dispensação e orientações com relação ao uso do medicamento. (A4)

Teve uma capacitação só para orientar quanto ao fluxo, como que iria seguir o fluxo. Mas eu te falo assim bem com sinceridade, como a gente não distribui aqui na unidade de saúde, os únicos pacientes que às vezes chegam para nós para solicitar, a única coisa que a gente orienta é em relação ao fluxo mesmo. [...] Mas assim, da nossa parte aqui, eu falo mais por unidade de saúde, o que a gente mais faz é orientar mesmo. Às vezes os pacientes vem: "Ah, eu quero retirar o kit de PrEP." Aí a gente orienta a ir no SAE para fazer essa retirada, mas é a única coisa. (A7)

Os próximos termos mais evocados foram “encaminhar” e “encaminhamento”, totalizando juntos 68 (sessenta e oito) vezes, principalmente no sentido de encaminhamento dos pacientes da APS para o SAE. Isso denota que o entendimento dos profissionais das UBSs quanto ao papel da atenção primária é o encaminhamento do usuário para o serviço especializado, para que o mesmo identifique se o paciente é um potencial usuário de PrEP e siga com as orientações e dispensação do medicamento, como demonstrado nas falas a seguir:

Eu acho que nós quanto unidade de saúde tem mesmo mais esse papel de encaminhar, de mostrar aonde o paciente precisa buscar o serviço. E acredito que lá daí eles recebam a informação bem detalhada, bem completa. (G6)

Então, se eles chegam e me questionam: “Eu quero fazer o uso da PrEP.” Aí eu explico: “Ó, tudo bem, eu vou te encaminhar para o serviço de referência, porque a dispensação não é aqui. Lá elas vão conversar contigo sobre esse uso”. E daí eles entendem que é lá que eles vão ter que questionar isso. (A6)

Geralmente, quando tem algum paciente que deseja fazer o uso [da PrEP], a gente já encaminha para o SAE. (G13)

Qualquer profissional de saúde, não tem nenhum que seja preparado e que saiba fazer esses encaminhamentos adequados. (A6)

Então, o que a gente sabe? Sabe que existe esse, sabe que está disponível no SAE e sabe que tem que encaminhar o paciente para lá. Ponto final. (G8)

Posteriormente, a palavra “prevenção” foi a terceira mais evocada, totalizando 66 (sessenta e seis) vezes, principalmente representando o papel da PrEP na profilaxia do HIV, como um método eficaz e seguro.

Ela é um dos marcos para a prevenção do HIV. (G1)

Eu enxergo de forma muito positiva, eu acho que é um grande aliado na questão da prevenção da transmissão do HIV. (G2)

Eu acho que é algo que chegou pensando em prevenção, né? Hoje trabalhando na atenção básica, na atenção primária, eu acho que a gente tem que estar sempre buscando a prevenção e eu vejo que com certeza é um ganho muito grande. (A9)

Ela é uma estratégia de prevenção combinada, eficaz e ao mesmo tempo segura. (G4)

Já relacionado ao risco, o termo apareceu 56 (cinquenta e seis) vezes, relacionado também aos termos “grupo de risco” (f=8) e “risco substancial” (f=5). Além disso, os profissionais representaram a PrEP como uma estratégia de redução de riscos.

Mas a PrEP vem para revolucionar, pra gente realmente fechar uma barreira, para que a gente repense esses riscos desse paciente. A gente não vê somente os grupos de risco, todos nós estamos expostos ao vírus. (G12)

É indicado para alguns casos, principalmente pessoas que têm maior risco à exposição, que tem parceiros sorodiferentes, que são profissionais do sexo também que tem uma exposição maior. [...] Pessoas que têm uso recorrente de PEP também que se enquadra dentro desse quadro [...] Mas é teoricamente é a pessoa que tem maior risco de exposição, né?. (A3)

Que é uma medicação que as pessoas tomam para prevenir o HIV. Geralmente quem tem mais risco de exposição, algo assim. (A10)

É um programa do Governo Federal, direcionado para os pacientes que convivem com portadores de HIV ou grupos de risco vulneráveis a adquirir a doença do HIV. (A9)

Penso que é um avanço na parte da saúde, favorecendo essa população mais vulnerável que tem esse risco maior de ISTs, né? (G9)

Para mim o fato dele ser LGBT não muda, a não ser que sim tenha um comportamento de risco. (A6)

Então hoje a gente, a gente entende assim que não tem grupo de risco, tem comportamento de risco, né? [...] Tem esses grupos com risco substancial, que é a população LGBT e nós vamos olhar o comportamento dela, se ela se classifica com o comportamento de risco aumentado. (G1)

Relacionado a isso é importante discutir os conceitos de risco e vulnerabilidade, a qual também foi citada em uma proporção bem menor ($f=14$). O risco está ligado à probabilidade de ocorrência de adoecimento e/ou morte devido algum agravamento de saúde por um segmento populacional, enquanto que a vulnerabilidade trata de elementos abstratos e, portanto, ela antecede o risco, determinando a suscetibilidade do indivíduo tanto a agravos, quanto ao enfrentamento dos mesmos, o que depende de aspectos individuais e condições coletivas. Enquanto que a vulnerabilidade serve como um indicador das condições individuais e sociais, e está ligada a populações marginalizadas e desrespeitadas quanto aos seus direitos de cidadania (Bertolozzi *et al.*, 2009).

Ademais, os seguintes termos mais evocados foram “capacitação” e “acesso”, citados 46 (quarenta e seis) e 45 (quarenta e cinco) vezes, respectivamente. O primeiro estava relacionado principalmente ao fato de os profissionais terem recebido uma capacitação do SAE sobre a PrEP, além de expressarem desejo e necessidade de mais momentos de qualificação. Já o segundo termo estava ligado ao acesso da população à PrEP, fragilidades e potencialidades, além do acesso restrito dos profissionais da APS aos prontuários de pacientes em uso de PrEP no SAE, e também ao fato de as unidades de saúde não terem acesso ao medicamento para distribuição. Ainda, ambos os temas também aparecem interligados em algumas falas dos participantes que denotam que a partir de uma capacitação adequada dos profissionais, o acesso da população também se daria de forma melhor.

Porque se nós estamos capacitados adequadamente a fazer o acolhimento dessas pessoas, conseqüentemente, vai aumentar a adesão, vai reduzir o estigma, e a gente vai conseguir ter um sucesso melhor nesse método de prevenção. (G4)

A gente na unidade teve sim capacitações, mas eu nunca tive sobre PrEP e PEP enquanto eu tava na atenção básica. (A1)

[...] Porque se eu não tivesse estudado por conta, eu não saberia nada sobre, não conhecia nada sobre. E eu acho que essa capacitação está fraca. (A11)

Eu acho que seria bem interessante [a disponibilização da PrEP nas UBSs], porque como o SAE é lá no centro, então acaba sendo longe para o pessoal que mora aqui no bairro. Então seria bem interessante até o PEP e o PrEP, os dois, porque é mais fácil o acesso. Muita gente acaba, acredito, não indo lá, porque é longe, porque é difícil de se locomover. [...] Então facilitaria para eles, sabendo que tem aqui um suporte. (A10)

Os nossos prontuários eletrônicos também são separados, né? O que ele realiza de atendimento na unidade [SAE], a gente não tem acesso ao prontuário dele. [...] A gente sabe a partir dos pacientes. Mas não tem acesso a esse prontuário em específico. (G12)

E também, a questão do interligar os serviços a nível de acesso de informação. A UBS, que é a porta ali, ter acesso do prontuário desse paciente lá na especializada. Acho que seria muito legal isso. (A8)

E acho que é o boca-a-boca. As pessoas nas boates, nos encontros, na universidade, né? Então acho que essa questão de boca-a-boca e de também de como as pessoas têm acesso fácil hoje à internet de fazer a busca. (A5)

Mas eu vejo como ela contribui muito para ampliar o acesso à prevenção especialmente das populações com maior vulnerabilidade (G4).

Eu acho que o primeiro passo seria capacitar os profissionais, porque já começa que às vezes os profissionais até veem que tem uma pessoa com risco de desenvolver, mas acaba que não orienta. Às vezes desconhece essa prática, não entende bem e acaba perdendo ali um paciente que talvez usaria, e teria um bom resultado. (A10)

Cabe destacar que, apesar de o encaminhamento resolutivo ser um dos pilares para a consolidação da PrEP, a APS também deve estar apta a reconhecer os potenciais usuários, entretanto os profissionais por diversas vezes relatam dificuldades em identificar os grupos vulneráveis e portanto os encaminhamentos, em sua maioria, são realizados majoritariamente aos pacientes que já buscam o serviço de saúde solicitando a PrEP. Em relação a isso, Silva e Coutinho (2025) concluíram que a maioria dos profissionais não se sente suficientemente preparada para indicar ou prescrever a PrEP, o que pode dificultar o acesso à profilaxia, uma vez que não é oferecida à população e, portanto, faz-se necessário ações para garantir que os profissionais entendam os critérios clínicos para um encaminhamento resolutivo.

Diante disso, percebe-se uma alta demanda para capacitação dos profissionais, de forma a qualificar o atendimento e o encaminhamento. Relacionado a isso, Bessa *et. al* (2024) realizaram um evento de capacitação com profissionais de saúde de diversas áreas, de forma a construir e atualizar os conhecimentos sobre o HIV/Aids e capacitar os profissionais no que concerne à prescrição da PrEP e ao fim do treinamento, os atores envolvidos avaliaram que as discussões foram de grande contribuição para a formação pessoal e profissional.

No que diz respeito ao termo “procura”, o mesmo apareceu 42 (quarenta e duas) vezes durante as falas dos participantes, majoritariamente ligado à busca do usuário pela PrEP, sendo que os profissionais do SAE afirmaram que os pacientes buscam a profilaxia no serviço, enquanto que os profissionais da APS afirmam não perceber essa procura nas UBSs.

Não tem procura. [...] Que eu lembro em 4 anos que eu estou aqui, eu não tive nenhum paciente que veio procurar [...] Geralmente quem acompanha, quem sabe disso, já sabe que é lá e já vai direto lá [SAE]. (A10)

Na verdade, a gente não tem muito... como é que se diz, tipo... pessoas que procuram a gente sobre isso, né? Na verdade não veio nenhum até hoje para saber sobre isso aqui na unidade. (G3)

E sobre os usuários, de eles procurarem... muito difícil. Muito difícil eles procurarem. Porque daí quando eles acabam procurando e a gente orienta, eles mesmo vão para o SAE e procuram a medicação e daí a gente acaba não tendo esse controle se realmente foram, se receberam, se estão fazendo o uso, a gente não tem. (G6)

É possível perceber a partir das falas, que a procura pela PrEP na atenção primária ainda é baixa, o que pode se dar pelo fato dos pacientes ainda não terem conhecimento sobre a PrEP ou não se sentirem confortáveis para abordar tal assunto, e assim, é necessário que os profissionais da área tomem a iniciativa de abordar o tema em consultas e orientações (Silva; Coutinho, 2025). Em consonância, o termo “conhecimento” foi evocado 37 (trinta e sete) vezes durante as falas dos participantes, principalmente relacionado ao conhecimento dos usuários em relação à PrEP, e também dos profissionais de saúde, tanto em relação à PrEP quanto à comunidade LGBTQIAPN+, permeando novamente o tema do acesso.

Se a gente sabe que o paciente é, por exemplo, trans, algo assim, a gente tenta estudar um pouco antes para ter um pouco mais de conhecimento porque realmente é algo... não novo, mas tem agora outras... como é que eu posso falar? É LGBT e mais um monte de siglas que a gente não tem conhecimento sobre todos. (G13)

Mas eu acredito que tenha lugares aqui de [nome do município] mesmo que a população não tenha muito conhecimento sobre isso [PrEP]. (G13)

É uma coisa que a gente teria que se aprofundar, mas eu não tenho muito conhecimento sobre, nunca me interessei. (G9)

Não sei dizer sobre outras potencialidades porque eu não tenho conhecimento, não mexo com esse paciente e eu tenho pouca referência sobre as estatísticas do município, mas escutei falar que no Brasil está bem boa essa parte da prevenção do HIV. (A11)

Até mesmo por falta de conhecimento nosso mesmo enquanto profissionais de saúde e um pouco também de medo nesse sentido. Porque eu tenho um público assim na minha unidade que eu atendo um público mais assim vulnerável... questão econômica mesmo, né? E eles têm muita dificuldade de entendimento, de entender como é que funciona as coisas. E aí a gente às vezes acaba não orientando por conta de achar que daqui a pouco eles entendam de uma forma equivocada, né?. (G6)

Eu acho que é um meio que talvez seja bem eficiente, mas que talvez as pessoas não tenham conhecimento, até os profissionais não saibam quando indicar e eu acho que é pouco utilizado pela função boa que ela teria. (A10)

Eu entendo que a atenção básica, ela teria que ter mais domínio, mais conhecimento em si, desde como abordar esse usuário e ser assertivo. (G4)

Esses achados também podem se relacionar com o fato de os profissionais da APS não orientarem os pacientes quanto ao uso, apenas restringindo o seu papel ao encaminhamento, uma vez que o déficit de conhecimento em relação à PrEP reflete nas práticas de cuidado, principalmente por não se sentirem habilitados para tal (Guedes *et al.*, 2024). Além disso, é importante destacar que a PrEP é uma ferramenta importante na diminuição dos casos de HIV, entretanto a sua eficácia depende diretamente do conhecimento e da capacitação dos profissionais de saúde (Silva; Coutinho, 2025), principalmente quando consideramos a APS como porta de entrada dos usuários no SUS e, portanto, os profissionais devem estar capacitados para reconhecer a população alvo, desenvolver ações de prevenção combinada e encaminhamento resolutivo, atuando como ordenadora do cuidado integrado.

Seguidamente, apareceram os termos “divulgar” e “divulgação”, totalizando 32 (trinta e duas) vezes, relacionados à fragilidade na difusão de conhecimento para a população sobre a PrEP, fazendo com que muitos indivíduos não procurem a profilaxia. Além disso, também foi citada a importância do apoio das grandes mídias na divulgação da profilaxia.

Ela [PrEP] tem que ser mais divulgada e esclarecida para a população em quais casos pode usar. Não só para nós profissionais de enfermagem, mas para a população de uma forma geral. Em mídia, esclarecendo assim que os riscos estão cada vez maiores do HIV e AIDS. (G11)

Eu acho que assim... tem a UNA também que foi uma das divulgadoras também para o mundo gay. Como a maioria dos nossos pacientes são LGBT, então acho que a UNA também favoreceu. E acho que é o boca-a-boca. (A5)

[...] Mais divulgação pelas mídias, porque os pacientes não têm procurado. Então, é mais uma questão de nós mesmo oferecer. Eu acho que nós enquanto unidade de saúde e também talvez divulgar mais na mídia. [...] É pouco divulgado... bem bem pouco divulgado. (G6)

As pessoas têm mais segurança na relação, ficam mais seguras. E acho que quando a pessoa tá mais segura, ela também vai ser uma pessoa potencial para estar divulgando para outras pessoas, né?. (A5)

E também a questão da pouca divulgação que existe também no município. Não é falado sobre isso. Não se fala sobre isso. Não se fala. (A8)

e a divulgação, a ampla divulgação da oportunidade de poder viver com uma pessoa e estar prevenido de uma doença. (A9)

A divulgação, então, hoje a gente consegue trabalhar com as universidades, conseguimos trabalhar com a organização da sociedade civil, com a comunidade para divulgar para que as pessoas saibam que existe, né? .(G1)

Então, nós realizamos testagem rápida todo mês no terminal urbano e a mídia ela tá presente divulgando quais as ferramentas que a gente orienta ali, então a gente faz a

testagem rápida, orienta PrEP e PEP e distribui preservativo masculino, feminino, gel lubrificante e a mídia sempre tá presente na divulgação dessas ações. (G1)

Sobre esse último tópico, um estudo constatou que a grande maioria dos entrevistados afirmou que recebeu orientações sobre a PrEP por meio de redes sociais online, e-mail, aplicativos de mensagem e amigos, sendo que apenas um participante afirmou que foi informado sobre a PrEP em um serviço de saúde, reforçando dessa forma a importância da divulgação da profilaxia nas mídias sociais e grandes mídias. Além disso, o uso da PrEP está diretamente relacionado ao conhecimento da população sobre essa tecnologia e, portanto, é imprescindível que os profissionais e gestores utilizem as tecnologias da informação como instrumento para a educação em saúde (Silva; Coutinho, 2025).

Ainda, o penúltimo termo mais citado pelos profissionais foi “preservativo” em um total de 32 (trinta e duas) vezes, especialmente relacionado ao dever do usuário quanto ao uso concomitante do preservativo e da PrEP.

O mero uso de PrEP não vai salvar ele das outras IST, de um leque de IST. Então, que ele tem que usar a Truvada, mas ele deve usar o preservativo feminino ou masculino sempre associado ao gel lubrificante, porque se um método romper tem o outro. (G1)

Olha, eu vejo [a PrEP] como uma medida boa para prevenir mesmo, porque hoje em dia a gente tem uma dificuldade muito grande quanto ao cuidado do uso do preservativo. Então é mais uma medida para tentar evitar as transmissões. [...] A gente orienta os pacientes, a gente tem preservativo para disponibilizar, mas mesmo a gente orientando, a gente tem uma resistência. (G5)

Porque atendendo aqui, eu vejo que realmente eles não usam preservativo, a fala de comer bala com papel é muito verdadeira. Todo dia essa fala vem: a dificuldade do preservativo fazer parte da vida sexual... sem idade, tá? Dos mais jovens até os mais idosos, isso é verdadeiro. Todos eles têm muita dificuldade no uso do preservativo. (A1)

Além da pessoa usar PrEP, a gente reforça que a pessoa deve usar preservativo. Porque a PrEP, ela só previne contra o vírus HIV. [...] A gente coloca da importância que tem do autocuidado, que é importante que ele tome a medicação corretamente e automaticamente para ter uma prevenção correta, ele deve usar o preservativo. Caso ele não use o preservativo, ele vai estar sujeito a pegar outras doenças. (A5)

Então, diante disso, eu acho que se a gente tivesse PrEP para oferecer e divulgar para toda a população, é uma forma de a gente reduzir as taxas e o aumento do HIV, porque eu não vejo que só o preservativo tem conseguido dar conta disso. (A1)

Diante das falas é possível inferir que os profissionais de saúde estão informados a respeito da forma de ação da PrEP, uma vez que entendem que a mesma configura-se apenas como uma profilaxia para o HIV, e não para as outras IST. Ainda, os profissionais afirmaram

orientar os pacientes quanto a isso, apesar de relatarem dificuldades no uso do preservativo por parte dos usuários, mesmo antes de utilizar a PrEP. Relacionado a isso, cabe destacar que as medidas para a redução da incidência do HIV partem da ideia da prevenção combinada, ou seja, um conjunto de ações biomédicas, comportamentais e estruturais que consideram as particularidades de cada indivíduo, e portanto, a PrEP surge como um aliado para àqueles que já não utilizam o preservativo por diversos motivos (Guedes *et al.*, 2024).

Por fim, uma das fragilidades mais citadas pelos gestores (as) e profissionais assistenciais foi a centralização da dispensação do medicamento, sendo que o termo “centralizado” foi evocado 14 (quatorze) vezes, principalmente relacionado à dificuldade ao acesso do usuário à PrEP, além da dificuldade de acompanhamento desse paciente na APS, devido centralização no SAE.

Na verdade, a gente não tem muito contato com ela aqui na atenção básica, porque ela ficou mais centralizada na parte lá do SAE. (G9)

A atenção primária não sabe como fazer isso. Tá centralizado em um setor só. E às vezes por não saber, a gente acaba não se tocando que precisa ser ofertado. Então, a gente esquece porque não é da nossa rotina. (A6)

Tudo que é relacionado ao HIV, é um tema ainda muito velado no município. Que que eu percebo? Ninguém pode falar sobre o assunto e tudo é centralizado para o SAE. [...] E a APS fica de fora de todo esse sistema. (G8)

Eu vejo que é muito centralizado ainda. Considerando que é uma política pública, de enfrentamento a uma epidemia, né? Ela acaba sendo muito centralizadora. (G4)

Eu acho que uma fragilidade é a PrEP estar centralizada. Acho que isso de fato é uma fragilidade. [...] Seria bastante interessante que isso fosse algo descentralizado, que a gente tivesse essa medicação disponível nas unidades básicas de saúde, ou pelo menos nas que tem farmácia com a presença do farmacêutico, mas que a gente pudesse de alguma forma descentralizar isso, porque hoje fica muito restrito ao SAE, então de forma centralizada os pacientes precisam ser encaminhados quando poderia dali a pouco ser indicado também na atenção básica. (G2)

Relacionado a este último tópico, cabe destacar que a PrEP foi implementada no SUS no final do ano de 2017 e, inicialmente, ofertou o medicamento em serviços especializados e de referência em HIV e Aids. Entretanto, ainda em agosto de 2021, iniciou-se uma segunda fase de expansão, na qual a prescrição e oferta da PrEP foi ampliada para diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a APS (Brasil, 2024b). Dessa forma, é possível perceber que mesmo com a expansão da oferta da PrEP no ano de 2021 para a atenção primária, o município, ao implementar a profilaxia no ano de 2023, optou pela dispensação centralizada no SAE, fato ainda comum no território brasileiro, uma vez que os serviços

especializados ainda são responsáveis por 83% das dispensações dessa profilaxia (Brasil, 2024b).

Diante do exposto e das falas apresentadas, percebe-se que há o interesse dos profissionais da APS no município em ampliar a dispensação da PrEP para as UBSs, de forma a descentralizar a dispensação. Isso pode facilitar o acesso ao uso da profilaxia pelos usuários residentes de regiões mais afastadas do centro da cidade, onde hoje está localizado o SAE, indo ao encontro da ideia de que quem mais precisa do sistema de saúde é quem mais encontra dificuldade para acessá-lo e, portanto, a APS pode ser uma estratégia para transpor essa lógica, acessando os usuários (Brasil, 2024b).

No que tange às diferenças entre os dois grupos – gestores (as) e profissionais assistenciais – identificou-se principalmente que a gestão percebeu uma maior necessidade de capacitação, além de também citar mais vezes o termo “conhecimento”. Isso demonstra que as lacunas não estão presentes apenas na assistência direta ao paciente, mas também no gerenciamento das Unidades e setores da Secretaria Municipal de Saúde que, por conseguinte, levam a um cuidado fragilizado relacionado não somente à PrEP, como também, por exemplo, à comunidade LGBTQIAPN+, que será discutido posteriormente. Além disso, os termos “encaminhar / encaminhamento”, “acesso” e “centralizado” também foram evocados com mais frequência entre os gestores (as), demonstrando que apesar de ter-se a ideia de que o papel da APS seria o de encaminhamento ao setor especializado, ainda há o interesse por parte da gestão na descentralização deste serviço, proporcionando um acesso mais adequado e ampliado. Ademais, os termos “divulgar / divulgação” também apareceram com mais frequência entre os gestores (as).

Relacionado aos profissionais assistenciais, os termos mais evocados foram “prevenção”, “risco”, “procura” e “preservativo”. Em relação ao primeiro termo, denota-se um aspecto positivo no fato de os profissionais representarem a profilaxia como uma ferramenta eficaz de prevenção contra o HIV, o que está interligado também com o termo “preservativo”, entendendo que ambos são métodos eficazes dentro da mandala da prevenção combinada. Relacionado à procura, entende-se que o termo pode ter aparecido com mais frequência entre os profissionais assistenciais relacionado ao fato de os mesmos estarem na ponta, realizando o atendimento direto ao paciente nas unidades de saúde e, como consequência, percebem de forma mais direta a (não) procura dos usuários pela profilaxia. No que concerne ao termo “risco”, se reforça a ideia da qualificação dos profissionais,

principalmente relacionado ao entendimento dos grupos vulneráveis, o que também será discutido no presente estudo.

Por fim, a partir dos dados expostos, pode-se inferir que nas falas dos profissionais assistenciais, são expostos diversos pontos fundamentais que devem ser levados em consideração para a melhoria do acesso, como por exemplo, a percepção de baixa procura dos usuários, o fortalecimento da ideia de prevenção combinada entre os profissionais, o trabalho nas lacunas relacionadas à percepção de grupos de risco, entre outros. Em contrapartida, nas falas dos gestores (as) sobressai principalmente o entendimento de medidas para melhoria dos serviços, como percebido nas falas relacionadas à descentralização, maior divulgação da profilaxia e qualificação profissional.

5.2.2 Usuários

Em relação aos termos mais evocados pelos usuários de PrEP entrevistados, os que apareceram com maior frequência foram, respectivamente: segurança (f=20); tranquilo (f=17); HIV (f=13); informação (f=10); enfermeiro (f=10); e preconceito (f=7).

Figura 4 - Nuvem de palavras e termos mais evocados pelos usuários



Fonte: Elaborado pelos autores no software de design gráfico Canva em versão gratuita (2026).

A primeira palavra mais evocada pelos usuários foi “segurança”, sendo citada 20 (vinte) vezes, sendo um termo unânime entre todos os entrevistados.

Eu acho que não só para mim, mas para todo mundo representa segurança. Porque por mais que tu utilize o preservativo e tudo mais, a PrEP é mais uma coisa que te protege. (U6)

Hoje é segurança, se eu fosse escolher uma palavra, segurança. E é uma conquista também, porque comparada a toda a história do HIV, desde lá dos anos 80, todo aquele caos... a PrEP é assim, maravilhosa, maravilhosa. Não tenho nada a reclamar. (U4)

Uma segurança a mais, não inibe de ter algum outro tipo de doença, mas é uma segurança a mais. (U3)

Uma segurança a mais. Antes quando não existia ou quando não era disponibilizada no SUS existia um risco maior de HIV e também eu sinto assim... que eu tenho 36 anos, eu sou LGBT desde muito tempo, vivi diferentes momentos enquanto LGBT. Quando eu era adolescente ou jovem adulto, além de não existir de nenhuma forma, os tratamentos eram bem diferentes. Eu peguei uma época que o HIV era uma sentença de morte, não tinha essa opção de controle da doença, então eu acho que os tratamentos mais modernos foram aumentando a segurança e a PrEP também. (U2)

Relacionado a isso, outros estudos também relatam que os participantes citam a PrEP como uma ferramenta que, além de prevenir a infecção pelo HIV, melhora a qualidade de vida, liberdade e autonomia sexual, além de também citarem unanimemente a sensação de segurança como um fator determinante (Silva; Coutinho, 2025). Tal dado também foi encontrado em outro estudo, no qual os usuários relataram sensação de segurança ao utilizar a PrEP, relacionada também à crença de “dupla proteção” e “prática de sexo seguro” (Batista; Saldanha; Furtado, 2020).

Seguidamente, o termo “tranquilo” foi citado 17 (dezessete) vezes, estando relacionado principalmente ao ambiente do serviço especializado e também ao atendimento dos profissionais.

Para mim, a minha experiência é uma experiência muito objetiva, muito profissional, tranquila, sempre esclarecedora, sempre que precisa os profissionais reforçam informações e orientam sobre tanto o uso do medicamento, quanto... não sei como dizer, mas talvez práticas que possam beneficiar a segurança dos usuários da saúde pública, da população em geral. (U5)

Foi bem tranquilo, não esperava. No primeiro mês achei o pessoal um pouco perdido, por ser algo novo. Até eles se adequarem e seguir o processo acaba sendo um pouco perdido, mas o atendimento foi excelente, nossa, são muito prestativos, tiram todas as dúvidas, perguntaram, entraram em contato depois que peguei por um período pra ver se tinha dado alguma reação e foi excelente, não tem do que

reclamar, acompanham nas consultas, perguntam tudo e enfim... atendem super bem e são muito prestativas.

Eu considero o atendimento muito bom e o ambiente normal, tranquilo. (U2)

Hoje em dia eu não vejo como um problema ir lá, porque a minha cabeça é aberta, eu não tenho preconceito. Então assim, hoje para mim é tranquilo ir lá, mas no passado não foi, por conta das minhas crenças limitantes mesmo. (U1)

As falas acima expõem uma realidade que reflete a qualidade do atendimento dos profissionais do serviço especializado no município o que, na literatura, se mostra diretamente relacionado à adesão ao tratamento (Maciel *et al.*, 2024). Dessa forma, a promoção de acolhimento, desenvolvimento de um olhar sensível e atencioso, infraestrutura adequada que promova um ambiente acolhedor e com privacidade, educação em saúde e orientações por parte dos profissionais de saúde é fundamental para a adesão e busca dos usuários à PrEP. Posteriormente, o termo “HIV” foi citado 13 (treze) vezes pelos participantes, principalmente relacionado à ação do medicamento, o medo e risco de contrair o vírus, a história do HIV e também ao preconceito.

Eu sinto que existe um preconceito muito sobre o HIV ainda. As pessoas que são portadoras ainda são negligenciadas, como se fossem sujas. Eu acho que ainda existe um pouco disso ainda. (U7)

Olha, [sei] que é um medicamento que inibe se tu tiver contato com o vírus do HIV, pra tu não desenvolver a doença. (U6)

E era sempre aquela tensão do medo de contrair uma doença que, apesar de hoje ser muito bem controlada, você vive normalmente com HIV, né? [...] Mas porque contrair se a gente consegue evitar. [...] E é uma conquista também, porque comparada a toda a história do HIV, desde lá dos anos 80, todo aquele caos... a PrEP é assim, maravilhosa, maravilhosa. Não tenho nada a reclamar. (U4)

Antes quando não existia ou quando não era disponibilizada no SUS existia um risco maior de HIV e também eu sinto assim... que eu tenho 36 anos, eu sou LGBT desde muito tempo, vivi diferentes momentos enquanto LGBT. [...] Eu peguei uma época que o HIV era uma sentença de morte, não tinha essa opção de controle da doença. (U2)

No que concerne a este tópico, cabe ressaltar que o reconhecimento da condição de vulnerabilidade ao HIV, como citado nas falas acima, tem produzido o medo como um agente moral capaz de mobilizar o interesse pelo uso da profilaxia (Matias; Franch; Silva, 2022). Além disso, em outro estudo, os participantes também afirmaram que o medo foi um facilitador para o início do uso da PrEP (Muhumuza *et al.*, 2021).

Ademais, em relação ao termo “informação”, o mesmo foi evocado 10 (dez) vezes, relacionado especialmente à falta de informação e divulgação da PrEP para a população, além

de busca por conhecimento dos usuários e orientações que os profissionais do serviço de saúde dão aos pacientes.

Eu acho que [falta] a divulgação e talvez eu acho que um pouco de falta de informação, sabe? [...] Mas eu acho que falar um pouco mais, prestar mais informações sobre o que é o PrEP. Às vezes as pessoas talvez vão procurar ainda mais essa segurança e com certeza vão entender que as pessoas que são portadoras de HIV também não são os bichos, os monstros. (U2)

Sempre que precisa os profissionais reforçam informações e orientam sobre tanto o uso do medicamento, quanto, não sei como dizer, mas talvez práticas que possam beneficiar a segurança dos usuários da saúde pública, da população em geral. (U5)

Daí que eu fui entender, pesquisar, buscar informação para entender. [...] Porque eu já fui com muita informação. Quando eu namorei eu já pesquisei muito, sabe? Eu fui com muita informação já. Eu sou muito curioso de pesquisar, de ir atrás. Então eu já fui com muita informação, eles [profissionais do SAE] falavam, eu ouvia... É uma coisa assim que eu sempre digo, eu posso saber do assunto, mas eu gosto que a pessoa me fale que às vezes eu aprendo outra coisa que eu não sei ainda. (U1)

Sobre isso, é fundamental destacar que a disposição para o uso da PrEP está diretamente relacionada ao conhecimento da população sobre essa tecnologia, e dessa forma, é fundamental a realização de intervenções para divulgar informações acerca da PrEP, sua segurança e eficácia, com o propósito de aumentar a procura por essa tecnologia de prevenção (Silva; Coutinho, 2025). O penúltimo termo mais citado foi “enfermeiro”, citado 10 (dez) vezes, e relacionado aos profissionais do serviço especializado, uma vez que é nesse serviço que os usuários realizam acompanhamento.

A gente não sabia que já tinha a disposição para o uso do PrEP. E aí, como a enfermeira falou que tinha, então eu resolvi fazer a consulta, os exames e tal, para continuar o uso para dar mais segurança tanto para ele [companheiro] quanto para mim também. (U7)

Eu já fui atendido por várias pessoas, por médicos, por enfermeiros, mas agora que é só a continuidade, que os exames mostram sempre negativo para as ISTS de teste rápido, etc, eu sou acompanhado por enfermeiro. Eu passo com o enfermeiro e depois eu retiro o medicamento conforme a necessidade. (U5)

Eu fui em dezembro de 2023 e a enfermeira do SAE informou que começaria em janeiro a distribuição, e assim que começou eu fui. (U3)

Lá passávamos pelo enfermeiro, consultava pelo enfermeiro, aí depois que saía o exame passava pelo médico, aí depois ia para o infectologista. (U8)

Desde aquela época estou fazendo acompanhamento periódico. Eu consulto com o enfermeiro e ele faz os testes, as sorologias, os testes rápidos e prescreve o medicamento, por um período de 2 a 3 meses, então sempre esse fluxo. (U2)

Diante das falas, é possível perceber uma grande atuação do enfermeiro tanto no acompanhamento dos usuários, quanto na orientação e divulgação da PrEP. Relacionado a isso, desde o ano de 2020 o Ministério da Saúde, conjuntamente com os Conselhos Federais de Enfermagem e de Farmácia (Cofen e CFF, respectivamente), passaram a orientar a prescrição da PrEP por profissionais enfermeiros e farmacêuticos (Brasil, 2024c). Relacionado a isso, um estudo realizado com adolescentes e mulheres jovens sul africanas com o objetivo de identificar barreiras e facilitadores para o uso da PrEP, identificou que orientações assertivas sobre a profilaxia feitas por enfermeiros, foram um determinante para o início do uso da PrEP, além de esses profissionais serem os principais atuantes no acompanhamento dos pacientes (Bergh *et al.*, 2025). Ainda, no Programa de Implementação da PrEP para Mulheres Jovens e Adolescentes (PrIYA) desenvolvido no Quênia, uma enfermeira capacitada foi designada a integrar a PrEP aos serviços de planejamento familiar de rotina, o que levou a um aumento de 16% na adesão à PrEP, uma vez que a mesma passou a ser oferecida também por enfermeiras em clínicas de planejamento familiar (Pintye *et al.*, 2023).

Por fim, no que diz respeito ao termo “preconceito”, o mesmo permeou diversos temas como o preconceito com pessoas vivendo com HIV, com a comunidade LGBTQIAPN+ e também o preconceito do próprio usuário em acessar o serviço especializado.

Eu sinto que existe um preconceito muito sobre o HIV ainda né. Tipo, as pessoas que são portadoras ainda são negligenciadas, como se fossem sujas,. (U7)

Eu acho que pelos profissionais conhecerem as especificidades dessa categoria [comunidade LGBTQIAPN+], mais especificamente na forma do tratamento com essas pessoas, sem estigma, sem preconceito. (U5)

Hoje em dia eu não vejo como um problema ir lá [SAE], porque a minha cabeça é aberta, eu não tenho preconceito. Então assim, hoje para mim é tranquilo ir lá, mas no passado não foi, por conta das minhas crenças limitantes mesmo. (U1)

Relacionado a isso, sabe-se que o grande número de mortes ocorridas no início da epidemia de HIV/Aids geraram sofrimentos e impactos sociais e morais relacionados às questões da sexualidade, que até hoje impactam nos preconceitos, estigmas e desigualdades sofridas pelas pessoas que convivem com o vírus e também com a população LGBTQIAPN+, uma vez que, historicamente, o HIV/Aids estiveram associados à essa comunidade (Bessa *et al.*, 2024). Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde atuem com ética, respeito e livre de qualquer julgamento, uma vez a discriminação, o preconceito e o

despreparo da equipe de saúde está associada a uma menor procura pelos serviços por parte da comunidade LGBTQIAPN+ (Silva; Souza; Matte, 2021).

Ainda relacionado ao estigma, como demonstrado na última fala, alguns usuários ainda sentem vergonha e medo ao acessar o SAE HIV/Aids por temerem ser confundidos com alguém que vive com o HIV, demonstrando novamente a importância de esses espaços oferecerem acolhimento e atendimento humanizado, sem discriminação, com respeito à dignidade das pessoas, para que as mesmas sintam-se mais confiantes ao acessá-lo (Pimenta *et al.*, 2022; Fereira, 2023).

5.3 CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

5.3.1 ***“Eu não vejo hoje um benefício para o nosso município. Mas por quê? Porque ela não é de fato acessada como deveria”*: barreiras para o acesso à PrEP**

Nesta categoria os sujeitos do estudo revelaram as representações sobre o uso e acesso da PrEP a partir das dificuldades, ancoradas principalmente em um conhecimento deficitário de profissionais sobre a profilaxia, centralização da disponibilização do medicamento, falta de divulgação, além de preconceito e estigmas ainda relacionados com o HIV/Aids na sociedade em geral.

Primeiramente, foi possível compreender que o atendimento relacionado à PrEP no município é deficitário principalmente no que tange à APS, uma vez que em sua grande maioria, os profissionais assistenciais e gestores (as) relatam carência de preparo e conhecimento, ancorados na falta de capacitação profissional. Entretanto, tal dificuldade não foi identificada pelos profissionais do serviço especializado.

Eu, na verdade, teria que estudar melhor sobre, te falar bem a verdade, para estar ofertando, assim, teria que ter um conhecimento um pouco melhor também. (G9)

Eu não tenho um conhecimento muito amplo sobre isso, porque como a gente não fornece aqui na unidade. (G10)

Só que assim como eu, a grande maioria não tem uma orientação bem específica, em relação a quem pode fazer uso ou como é que faz o uso. [...] Eu acho que falta um preparo da equipe, dos profissionais até para a gente poder ter essa certeza na hora de ofertar isso. (G14)

Eu acho que o primeiro passo seria capacitar os profissionais, porque já começa daí que às vezes os profissionais até veem que tem uma pessoa com risco de desenvolver, mas acaba que não orienta. Às vezes desconhece essa prática, não

entende bem e acaba perdendo ali um paciente que talvez usaria, e teria um bom resultado. (A10)

Se eu não tivesse estudado por conta, eu não sabia nada sobre, não conheceria nada sobre. E eu acho que essa capacitação está fraca. (A11)

Então, o que que a gente sabe? Sabe que existe esse. Sabe que está disponível no SAE e sabe que tem que encaminhar o paciente para lá. Ponto final. (G8)

Ademais, para a grande maioria dos profissionais participantes, o papel da APS relacionado ao acesso à PrEP foi reduzido ao encaminhamento para o SAE apenas quando o usuário busca o serviço solicitando a profilaxia, não partindo dos profissionais a iniciativa de identificar os potenciais usuários.

Como a gente não distribui aqui na unidade de saúde, os únicos pacientes que às vezes chegam para nós para solicitar, a única coisa que a gente orienta é em relação ao fluxo mesmo. [...] Às vezes os pacientes vem: "Ah, eu quero retirar o kit de PrEP." Aí a gente orienta a ir no SAE para fazer essa retirada. (A7)

Mas como não é centralizado na atenção primária, não é da minha rotina. Eu sei que eu preciso encaminhar para o SAE, que é o nosso serviço de atenção especializada. Ponto. Então, se eles [usuários] chegam e me questionam, "Eu quero fazer o uso da PrEP." Aí eu explico: "Ó, tudo bem, eu vou te encaminhar para o serviço de referência, porque a dispensação não é aqui. Lá elas vão conversar contigo sobre esse uso". E daí eles entendem que é lá que é lá que eles vão ter que questionar isso. (A6)

Geralmente, quando tem algum paciente que deseja fazer o uso, a gente já encaminha para o SAE, que é portas abertas, a gente orienta a ir lá no horário que eles estão abertos. (G13)

Mas a gente não tem muito hábito de oferecer... parece meio que a gente também tem um pouco de barreira em relação a isso. [...] Mas a PrEP eu nunca ofertei, nunca orientei e nunca ouvi meus colegas falarem sobre a PrEP assim "ah, hoje ofertei", se fazem é muito pouco que fazem. (G9)

E aí a gente às vezes acaba não orientando por conta de achar que daqui a pouco eles entendam de uma forma equivocada, né? Eu acredito que quando eles procurem o SAE lá, eles vão ter toda aquela informação que a gente acaba não passando. (G6)

A princípio eu não sei te dizer porque a gente não teve nenhum encaminhamento quanto a isso. [...] Mas eu sei de pessoas que fazem uso... já fui informada no caso por eles próprios que fazem uso, mas assim, nunca da gente ter encaminhado. (G3)

Geralmente quem acompanha, quem sabe disso, já sabe que é lá e já vai direto lá [SAE], né? Quem não sabe também nem sabe que existe nem procura. (A10)

Os profissionais têm bastante dúvidas com relação a isso e não são tão estimulados para estar orientando ou enfim oferecendo, ofertando para o usuário a PrEP. (G4)

Mas tem profissionais que não tem esse feeling de perceber e quem sabe pensar: "Ah, esse paciente seria legal ele partir para uma PrEP, porque já é a quinta vez que ele vem em 5 meses me pedir teste errado, ele tem exposições de risco [...]". Então, não são todos os profissionais que conseguem ter esse feeling. Então, para mim, isso

é uma fragilidade, porque hoje em dia...e não é só enfermeiro, tá? Qualquer profissional de saúde, não tem nenhum que seja preparado e que saiba fazer esses encaminhamentos adequados. (A6)

Porque como não é uma coisa no nosso dia-a-dia passa despercebido, às vezes pode ser que tem alguns pacientes que até vão em busca disso e como não é uma rotina nossa, a gente acaba não ofertando e nem orientando aonde eles poderiam ir buscar. Então, eu acho que a gente tem essa falha sim. (G14)

Tal fato observado acima pode se dar devido ao desconhecimento dos critérios de encaminhamento e identificação. Sobre isso, as falas a seguir surgiram após o questionamento se os profissionais saberiam identificar um potencial usuário, sendo que em sua grande maioria, os sujeitos do estudos ainda expressaram conceitos ancorados a partir do imaginário do senso comum, representando o acesso à PrEP apenas a alguns grupos como profissionais do sexo e HSH, além de demonstrarem incertezas nas falas.

Geralmente quem tem parceiro ou parceira que tenha HIV, que não saiba a carga viral ou que seja desconhecida. Acredito que garotas de programa também, né?. E acho que é isso que me veio à cabeça agora. (A10)

Eu, por exemplo, seria um usuário para PrEP. Rapaz jovem, homossexual, enfim, não só por ser gay, mas eu acho que o público jovem de modo geral, que as pessoas que estão mais ativas sexualmente, enfim. Eu acho que as pessoas ali entre, sei lá, 20 a 50 anos, sei lá. (A8)

Não [saberia identificar]. Se ele não falar nada, não. (A7)

Eu sei que é uma medicação que os pacientes, homens, que estão expostos a um maior risco, tem direito a utilizar para fazer uma profilaxia para não adquirir o vírus da HIV. [...] O que eu lembro de quando a gente fez essa capacitação, posso estar muito enganada, mas que a PrEP é dispensada para homens, homossexuais, se eu não me engano, que tem exposição a risco, múltiplos parceiros ou profissionais do sexo ou algo nesse sentido. Mas é isso que eu lembro.. tem alguma questão de critério de idade ou algo nesse sentido, mas não tenho muita certeza. (A6)

O que a gente sabe é assim: que se tiver os profissionais de sexo eles têm o direito, só chegar lá no SAE e fazer a solicitação. (G9)

Profissional do sexo, homossexual, homoafetivo, eu acho que pessoas... não sei, tô achando, tá? Vou jogar... imunossuprimido. (G8)

Profissionais do sexo ou homens que se relacionam com homens e tem a intenção de se proteger, usam a PrEP. (G5)

Diante da capacitação, não fica muito claro qual que é o público alvo, né? É profissionais de sexo? É pessoas sorotipos diferentes?. Bem claro, como diz a política em si. E aí eu não sei se eles levam a rigor a política ou eles [SAE] fazem a adaptação ao contexto do município. [...] Então isso gera um pouco de angústia para nós, porque às vezes a gente tá com paciente aqui e a gente não sabe realmente se ele é um paciente candidato ou não, porque não tá bem claro (G4)

Eu não sei exatamente quais são os critérios que eles usam aqui para a entrega do medicamento. [...] Então eu acho que é mais questão de conhecimento mesmo de

como funciona aqui, porque eu não sei. A gente orienta ir lá, mas a gente não sabe bem certo como funciona lá dentro. (G13)

A PrEP veio e ficou nesses serviços especializados e a gente acaba esquecendo até disso. Eu, né, particularmente. Mas eu acredito que os meus colegas também, porque a gente não fala. (G9)

Percebo que a gente tem interesse em sugerir mas fica muito longe daqui, então a gente acaba deixando “ah deixa”, não fala muito para o paciente porque a gente nem vai ter tantas ferramentas, nem explicar como é que vai ser a dispensação nem nada lá no serviço, então fica meio de lado. [...] Porque quanto mais perto da comunidade melhora, então a gente cerceia o acesso dos pacientes que deixa centralizado no serviço. (G8)

Porque às vezes tem pacientes que não tem condições de ir até lá [SAE] todo mês, ou ganham a receita aqui e não vão. Ou ganham a orientação de ir e não vão porque é longe. (G7)

Ademais, os profissionais e usuários também associaram a baixa procura dos usuários na APS ao desconhecimento da população, reforçando que é fundamental uma maior divulgação da profilaxia no município. Entretanto, cabe destacar que o fato de os usuários não estarem buscando pela PrEP na porta de entrada do SUS, não está necessariamente ligado ao desconhecimento da disponibilização da profilaxia, mas pode estar atrelado também à dificuldade histórica de acesso de populações marginalizadas aos serviços de saúde, como discutido posteriormente.

E também a questão da pouca divulgação que existe também no município. Não é falado sobre isso. Não se fala sobre isso. Não se fala. (A8)

Mas eu acredito que tenha lugares aqui de [nome do município] mesmo que a população não tenha muito conhecimento sobre isso [PrEP]. (G13)

Então ainda é muito pouco divulgado... não divulgado... é muito pouco aceito pela população idosa onde eu trabalho. (G11)

Uma coisa que tem que ser mais falada também, [...] porque a gente até esquece que tem isso, entendeu? Porque, como fica centralizado... (G9)

E aqui esse assunto é velado, a gente fecha tanto o cerco que eu não vejo hoje um benefício [na PrEP] para o nosso município. Mas por quê? Porque ela não é de fato acessada como deveria. [...] Então, nesse quesito que eu te digo que fecha muito o assunto, não é muito explanado. O que que se fala hoje sobre HIV no município? Ah, testagem. Por exemplo, dia primeiro de dezembro, acho que é o dia de alusão ao HIV. O que que foi feito sobre isso? Foi feita uma testagem no serviço de transporte urbano. Isso não é prevenção de HIV. Isso não é normalizar o HIV [...] Então a gente tem um monte de outras ações que poderiam ser feitas. (G8)

Eu vejo na prática muito pelo desconhecimento, que é pela falta de conhecimento dos usuários, que isso também é pouco fomentado na mídia, pouco fomentado em campanhas, e pouco disseminado também entre os profissionais da rede, ou seja, principalmente a atenção básica, que é a porta de entrada dos dos serviços. (G4)

Eu acho que deveria ser feito talvez um mutirão para incentivar o uso, não só para homossexual, mas no geral, para toda a população ter acesso a isso, porque a gente

nunca sabe. E eu acho que é pouco divulgado. [...] Mas eu acho que falar um pouco mais, prestar mais informações sobre o que é o PrEP. Às vezes as pessoas talvez vão procurar ainda mais essa segurança (U7)

Ainda, o acesso à PrEP também foi representado pelos profissionais assistenciais e gestores (as) da APS como centralizado, expondo a necessidade de incluir mais pontos de distribuição e orientação da população.

Muita gente acaba, acredito, não indo lá [SAE], porque é longe, porque é difícil de se locomover. Então acaba que, “ah, deixa”. Então facilitaria para eles, sabendo que tem aqui [Unidade Básica de Saúde] um suporte. (A10)

Tá centralizado em um setor só. E às vezes por não saber, a gente acaba não se tocando que precisa ser ofertado. (A6)

Aqui na nossa unidade é longe de onde é a SAE, né? Então a gente tem essa dificuldade de encaminhar os pacientes para lá. A gente tem muitos pacientes que não tem condição financeira. (G5)

Eu vejo que é muito centralizado ainda. Considerando que é uma política pública, né, de enfrentamento a uma epidemia, né? Ela acaba sendo muito centralizadora. (G4)

Diante do exposto, percebe-se que os profissionais, especialmente da APS do município, possuem conhecimentos muito limitados a respeito da PrEP e do HIV, ainda ancorados em concepções do senso comum, como por exemplo o fato de associarem o uso da profilaxia a alguns segmentos populacionais específicos, não considerando os comportamentos individuais como um fator. A respeito disso, historicamente, a limitação estigmatizante do conceito de “grupo de risco” para IST, especialmente o HIV, sempre esteve associada a populações marginalizadas como profissionais do sexo, HSH, transexuais, travestis e usuários de drogas injetáveis, o que levava e ainda leva, como exposto no presente estudo, a uma responsabilização exclusivamente dos indivíduos por seu “contágio” (Hamann *et al.*, 2017). Tais crenças limitantes geram ações de caráter higienista e moralizador contra esses indivíduos, o que também os afasta dos serviços de saúde e impede o acesso a uma saúde integral e de qualidade, uma vez que os profissionais não estão capacitados para o atendimento dessa população.

Um estudo realizado com profissionais da saúde na cidade de Itajaí (SC), observou um cenário semelhante, no qual todos os participantes da pesquisa relataram possuir algum nível de conhecimento prévio sobre a PrEP, entretanto a grande maioria declarou não se sentir plenamente seguro para realizar a recomendação da mesma além de destacar a ausência da

abordagem do tema durante as consultas, relacionando essa dificuldade com desconhecimento dos critérios de indicação e ausência de clareza quanto ao fluxo local de prescrição e dispensação (Michael *et al.*, 2025). Ainda, é importante destacar que o fato de os profissionais de saúde ainda associarem o uso da PrEP apenas a algumas populações, pode levar a uma fragilidade na identificação dos potenciais usuários por não considerar outros fatores que independem dessas classificações, como comportamentos sexuais não necessariamente homossexuais que facilitam a contaminação pelo HIV (Dorin *et al.*, 2021).

Ainda, Pinto *et al.* (2018) aponta que os profissionais mais bem preparados para atender pessoas elegíveis ao uso da PrEP atuam, predominantemente, nos serviços especializados. Essa constatação é reforçada por Cavalheiro (2018), cujo estudo revela que esses profissionais apresentam maior domínio acerca da profilaxia, incluindo critérios de indicação, fluxos e protocolos. Em contrapartida, os profissionais da APS demonstraram, em sua maioria, conhecimento limitado sobre a PrEP. Ainda, outro estudo realizado em diversas cidades dos Estados Unidos, cita que a baixa prescrição de PEP foi mais acentuada entre os profissionais não especializados em HIV em comparação com os profissionais especializados em HIV, o que pode indicar a necessidade de maior treinamento e recursos para esse grupo de profissionais (John *et al.*, 2020).

Tal aspecto gera preocupação, considerando que os serviços especializados, em geral, têm como público principal pessoas vivendo com HIV, uma vez que a maior parte dos usuários que buscam esses serviços já apresenta diagnóstico positivo. Além disso, é observado que a população que não vive com o HIV apresenta receio em frequentar os serviços especializados, por medo de serem confundidas com pessoas que convivem com HIV, devido ao estigma relacionado a estas, o que pode dificultar o acesso de potenciais usuários que se beneficiariam com o uso da PrEP (Gonçalves Junior; Matos, 2025). Ademais, é importante destacar que, por ser a porta de entrada da população no SUS, o engajamento dos profissionais da APS é um fator determinante para o sucesso da expansão da PrEP (Michael *et al.*, 2025).

No que tange à literatura internacional, Humphries *et. al* (2022) identificou em seu estudo realizado com profissionais de saúde de centros que oferecem serviços de atenção primária em áreas carentes no Alabama que, diversos profissionais não prescrevem a PrEP rotineiramente. Isso se deve principalmente à falta de treinamento para identificação de potenciais usuários, além de reconhecerem seus próprios preconceitos na identificação de clientes em risco de HIV, como por exemplo não considerar mulheres cisgênero como um

grupo que possa se beneficiar da profilaxia. Ainda, outro estudo realizado na Alemanha com médicos em processo de especialização em clínica geral, destacou que menos da metade dos participantes demonstraram conhecimento básico suficiente sobre PEP e PrEP, sugerindo que treinamentos adicionais seriam uma ferramenta para aprimorar os saberes e estabelecer estratégias (Flössner; Avetisyan; Frese, 2021).

No que se refere à centralização do serviço no município, tal fato também é uma fragilidade em contexto nacional, visto que a oferta da profilaxia ainda está concentrada em serviços especializados de atenção à saúde, e enfrenta desafios na descentralização (Araújo, 2024), mesmo que a prescrição e oferta de cuidado em PrEP para diversos pontos da RAS já tenha sido ampliada pelo Ministério da Saúde no segundo semestre de 2021 (Brasil, 2024b). Em relação a isso, sabe-se que a localização e o horário de atendimento do serviço de saúde está diretamente ligada à facilitação ou dificuldade do acesso das populações mais vulneráveis, uma vez que se os serviços especializados estão dispostos em territórios que necessitam um longo deslocamento pela população, isso se torna um fator limitante para o acesso (Pimenta *et al.*, 2022).

Além disso, embora exista concordância de que os serviços especializados ou de referência no cuidado às pessoas vivendo com HIV possuam maior preparo para a oferta da PrEP, essa própria especialização pode configurar um obstáculo ao acesso. Isso porque indivíduos não infectados pelo HIV podem evitar esses espaços por receio de serem rotulados como “portadores do vírus”, optando por não participar de ações preventivas nesses serviços. Nesse contexto, o estigma associado ao HIV surge como um elemento que contribui para a recusa de potenciais usuários da PrEP em buscar atendimento em serviços com esse perfil (Pimenta *et al.*, 2022). Ainda, um estudo qualitativo realizado na Zâmbia com o intuito de compreender as barreiras e os facilitadores para o uso da PrEP, recomendou a expansão dos serviços de PrEP para locais comunitários e espaços seguros, devido a preocupações relacionadas ao acesso à profilaxia em clínicas como distância, tempo de espera, horário de funcionamento e, também ao estigma e a discriminação sofridas nesses espaços (Stoebena *et al.*, 2024). Sobre o último estudo citado, cabe destacar também uma especificidade regional, uma vez que a Zâmbia ainda é um país onde a homossexualidade é criminalizada e, portanto, a importância de espaços seguros torna-se ainda mais fundamental.

Entretanto, o fato da PrEP ser disponibilizada pelo SAE configura também como um aspecto positivo, principalmente para aqueles que optam por não frequentar as UBS devido à proximidade do seu território, convívio social com os profissionais da Unidade e, por

consequente, o receio de expor a sua sexualidade, bem como o fato de ser usuário da profilaxia. Entretanto, pensando em um aspecto amplo de cuidado, a população LGBTQIAPN+ que habita regiões rurais pode ter o próprio território onde reside convertido em um obstáculo ao acesso aos serviços básicos de saúde, e a necessidade de percorrer longas distâncias até o serviço especializado pode contribuir de forma articulada para tornar esse acesso ainda mais limitado (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024).

Outrossim, em relação à escassa divulgação e conhecimento insuficiente da profilaxia pela população, tal fato também já foi verificado em outros estudos, nos quais os profissionais de saúde e gestores, apesar de representarem a PrEP como algo positivo, ainda destacam a dificuldade no acesso das pessoas mais vulneráveis (Pimenta *et al.*, 2022). Ainda, outro estudo também destaca as concepções errôneas e a falta de conhecimento entre os usuários como barreiras de acesso importantes (Teixeira *et al.*, 2024). Entretanto, cabe ressaltar que o simples conhecimento das formas de prevenção disponíveis no SUS não está, necessariamente, ligada à sua adoção, uma vez que, apesar de 94% dos brasileiros entre 15 e 64 anos referirem que o preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV, 45% deles não o adotaram em todas as relações sexuais casuais no período de um ano (Maciel *et al.*, 2024).

Dessa forma, é necessário considerar que outras formas de prevenção para além do preservativo foram sendo incluídas e divulgadas recentemente e de forma díspar no contexto de saúde brasileiro, não sendo familiar para todos os grupos sociais, sobretudo entre as populações mais vulneráveis, o que nos leva à necessidade de compreender as barreiras que de fato limitam a percepção dessas ferramentas em saúde e das desigualdades do seu acesso (Maciel *et al.*, 2024).

5.3.2 “Será que eu tô no lugar certo? Vale a pena enfrentar fila?”: preconceitos e acesso à saúde

Nesta seção, apesar de “preconceito” e “estigma” também serem identificados como códigos dentro do tema de dificuldades, foi optado por caracterizá-los como um tema distinto, para melhor aprofundamento do tema. Além disso, entende-se que para analisar e compreender as representações é necessário compreender também o processo de construção do conhecimento no senso comum, ou seja, descobrir em que momento ela surge na esfera social para que possamos investigar o que pensam, porque pensam e como pensam os

indivíduos (Bertoni; Galinkin, 2017). Além disso, compreender os processos históricos e sociais das formas de opressão pode fomentar condições mais adequadas de resistência, além de permitir compreender que a liberdade não é algo que acontece de forma espontânea, mas que exige luta constante (Cattani; Lago; Vargas, 2021). Diante disso, optou-se por interpretar o tema de preconceito e estigma em um item separado para que possamos desenvolver de forma mais aprofundada os elementos históricos, sociais e culturais da temática.

Diante disso, os profissionais assistenciais e gestores (as) representam o preconceito e estigma como elementos importantes que geram uma maior dificuldade de acesso à PrEP, sendo que ambos foram citados também como fatores que permeiam o tema HIV/Aids em geral.

Acho que o próprio preconceito de vir em busca da medicação, de ser taxada como “aquele lá faz sexo tantas vezes na semana ou com grande quantidade de parceria sexual”. Então, há um pouco de preconceito mesmo por parte da sociedade. (A5)

O nosso município é muito machista. É um município com essa característica e quando eu digo, eu digo comportamento geral da população, homens, mulheres, crianças... Então, com essa visão, eles estão muito ainda fechados lá em 1990 na época do Cazuza, que essa doença é de gay, de gente promíscua. Então, isso vem muito forte. É uma coisa sentida aqui todo dia e os pacientes daqui relatam isso, que quando eles abrem para alguém, vem a humilhação, vem toda essa questão de ser julgado. [...] Muita gente que toma PrEP, vem escondido, como se isso fosse uma ofensa. (A1)

Porque eu penso que muitas vezes eles [usuários] não chegam diante da rotulagem que podem levar, e do medo, da vergonha. (A9)

A gente tem um enfoque de que o HIV é a pior coisa que existe, por conta de um tabu que foi criado em torno disso. (A6)

Mas a gente não tem muito hábito de oferecer [a PrEP] ...parece meio que a gente também tem um pouco de barreira em relação a isso. Hoje a gente consegue um pouco mais ofertar os testes rápidos sem muito tabu em relação a isso, mas a gente também tinha isso com os testes rápidos. (G9)

Ademais, tal temática também foi representada pelos usuários como uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à profilaxia.

Eu sinto que existe um preconceito muito sobre o HIV ainda né. Tipo, as pessoas que são portadoras ainda são negligenciadas, como se fossem sujas, né? Eu acho que ainda existe um pouco disso ainda. (U7)

[Já sofreu algum tipo de estigmatização ou preconceito por usar a PrEP?] De certa forma sim, porque o pessoal acha que quem usa PrEP tem alguma coisa, porque não sabe o intuito dela, então de certa forma sim. (U3)

Olha, é um lugar [SAE] que deixa a gente muito constrangido de ir, entendeu? [...] Então, assim, a primeira sensação é de medo, vergonha do que os outros vão falar,

entendeu? Porque lá também vai quem trata. Então assim, a gente nunca sabe... daí tu encontra um conhecido, tu fica naquela. (U1)

Quando eu comecei a tomar, eu me senti no dever de falar para as pessoas, para a população, porque eles são ignorantes, eles não sabem o que que é. E eu fiz um vídeo falando que eu estava tomando e um monte de gente mandou mensagem, “te amo mais ainda agora que tu admitiu que tem HIV”... Sabe, uma ignorância assim, ... tanto que um amigo meu, um cliente, ele falou assim: "Não posta mais isso que acaba com a tua imagem". (U1)

A partir das falas é possível perceber que o estigma e o preconceito ainda representam o tema HIV/Aids no imaginário coletivo, desde a vergonha de acessar o serviço especializado, medo de ser confundido com uma pessoa que vive com HIV, medo da exposição, entre outros, que acabam levando a um acesso restrito à PrEP. Sobre isso, é fundamental ressaltar que, historicamente, grupos sociais são marginalizados e afetados com tal narrativa desde a década de 80, período em que os primeiros casos de HIV foram registrados no Brasil. A partir disso o HIV/Aids passou a ser considerado a doença dos “5H”, remetendo o termo a homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e *hookers*/profissionais do sexo (Cezar; Draganov, 2014), além de tornar-se sinônimo de promiscuidade e homossexualidade. Além disso, os preconceitos e estigmas também estenderam-se às políticas públicas, uma vez que quando o Programa Nacional da Aids surgiu, no ano de 1985, homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e politransfundidos eram considerados como “grupos de risco” (Brasil, 1985), gerando preconceitos e estigmas contra diversas populações, que ainda hoje sofrem as consequências de uma política discriminatória.

Ainda sobre a resposta brasileira frente à epidemia, cabe destacar que a mesma seguiu o padrão de culpabilização e responsabilização propagado pela imprensa norte-americana, assim como as mesmas estratégias profiláticas, como por exemplo o fechamento de saunas gays, que também ocorreram nas cidades estadunidenses de São Francisco e Nova Iorque. Entretanto, mesmo que já se soubesse que a transfusão de sangue era uma das formas de contágio da doença, a regulamentação da coleta de sangue apenas se tornou lei após intenso e prolongado debate (Pelúcio, 2009).

Ademais, o pânico moral difundido principalmente no início da epidemia foi um dos fatores que provocaram processos de repúdio e de estigmatização acerca do HIV, servindo como instrumento de coerção na discussão a respeito do tema. Como pânico moral podemos definir o processo social em que grupos detentores de poder passam a disseminar a ideia de que atitudes ou comportamentos de outros grupos, geralmente minoritários ou em condição de

vulnerabilidade, constituem uma ameaça à ordem ou aos valores da sociedade (Matias; Franch; Silva, 2022). Tal mecanismo de perpetuação da desigualdade atua igualmente como instrumento de produção e reprodução da violência estrutural — entendida não como aquela exercida diretamente de um indivíduo contra outro, mas como a que se manifesta por meio das estruturas políticas, sociais e econômicas. Por permear o cotidiano, essa forma de violência contribui para a formação de percepções e julgamentos que orientam comportamentos e atitudes, ou seja, a violência estrutural se utiliza do pânico moral, o qual se apoia em processos de produção de estigma, para que o ciclo opere à favor de alguns (Monteiro; Villela, 2019).

Os pânicos morais frequentemente se desdobram em “pânicos sexuais”, nos quais se procuram responsáveis pela suposta desestabilização da ordem social. Para isso, recorrem a uma aparência de “cientificidade” que não se sustenta diante de uma análise mais rigorosa, mas que ainda assim é mobilizada para explicar a “desordem”, identificar culpados e, desse modo, reafirmar e reorganizar valores morais considerados, alegadamente, ameaçados. Ainda, o pânico gerado pela ideia de peste, incurabilidade e morte, somado às informações médicas conflitantes e falta de estratégias efetivas do Estado, levou à moralização e controle das supostas “sexualidades descontroladas”, iniciando uma perseguição aos “culpados” (Pelúcio, 2009).

No que tange às representações sociais associadas à Aids, tem-se duas que teriam se estabelecido logo no começo da epidemia, sendo uma relacionada à moral/social e outra biológica. A primeira tratava-se da concepção da Aids como uma punição, inclusive de Deus quando relacionado a instâncias religiosas, e consequência de irresponsabilidades sexuais principalmente atrelado ao público LGBTQIAPN+. Já a visão biológica, que permeou o imaginário social sobre o surgimento da Aids, compreendia a transmissão do vírus por qualquer tipo de líquido corporal como suor e saliva, trazendo consigo a concepção da “teoria dos humores”, que dizia que a degeneração afetava os fluidos corporais, reativando assim as representações associadas à doença mental (Dorin *et al.*, 2021). Contudo, a representação social não se configura como algo estático ou inflexível, pois atua na transformação simultânea do sujeito e do objeto, à medida que ambos se modificam mutuamente. Nesse processo, o objeto se ajusta e se reorganiza conforme o repertório do sujeito, ao mesmo tempo em que este também se transforma em função do objeto (Trindade; Santos; Almeida, 2019).

Além disso, o estigma associado ao HIV/Aids também faz parte de um processo social de exclusão de determinados indivíduos, uma vez que frequentemente, aspectos de gênero,

raciais, entre outros traços físicos e comportamentais, são utilizados como um suporte para a atribuição do estigma, fazendo com que o imaginário construído em torno de certos indivíduos inclua ideias a respeito das características dos mesmos (Monteiro; Villela, 2019).

Ademais, a ideia de “grupos de risco”, utilizada por muito tempo para conduzir políticas públicas de combate à epidemia ao tentar delimitar a dinâmica de infecções em certas populações, gerou ações higienistas e moralizantes, uma vez que partia da responsabilização exclusiva dos indivíduos (Hamann *et al.*, 2017). Ainda, somado a outros pânico morais, a ideia de “risco” dominou os meios de comunicação de massa, orientando de forma normativa e prescritiva as práticas cotidianas. Sob constante legitimação da “Ciência”, difundiram-se discursos que regulavam modos de alimentação, cuidados com o corpo, práticas sexuais e condutas no trabalho, entre outros aspectos. Ao mesmo tempo, atribuía-se a cada indivíduo a responsabilidade pela administração desses riscos, imputando-lhe culpa em caso de eventual negligência (Pelúcio, 2009). Esse conceito gradualmente foi substituído pela ideia de “comportamento de risco”, uma vez que o primeiro passou a ser entendido como limitante, visto que indivíduos que não se identificassem como parte do grupo poderiam não se perceber como vulneráveis, gerando uma falsa proteção (Ferreira, 2023).

Entretanto, alguns autores ainda criticam o conceito de comportamentos de risco, pela ideia de promover um “adestramento individual”, responsabilizando ainda mais o indivíduo pelas práticas arriscadas que o mesmo escolheu por realizar, fazendo com que o sistema de saúde atue em uma modelagem dos comportamentos vistos como maléficos para práticas vistas como saudáveis. Ainda, segundo os autores, isso poderia levar a uma culpabilização do sujeito, enxergando ele como alguém que deve ser corrigido e educado, levando a uma alteração das suas práticas sexuais (Pelúcio, 2009; Ferreira, 2023).

A partir disso, no cenário nacional, Ayres (1999 *apud* Ferreira, 2023, p.29) propôs o conceito ampliado de vulnerabilidade tanto individual quanto coletiva, sendo a última subdividida em duas dimensões, a social e a programática. A vulnerabilidade individual está relacionada às fragilidades do indivíduo frente ao HIV/Aids, seja por dificuldade de acesso a serviços de saúde, informações de qualidade a respeito do processo de infecção, entre outros. Já a vulnerabilidade programática relaciona-se às estruturas sociopolíticas e quanto elas são capazes de reconhecer, acolher e responder de forma efetiva as demandas reais de saúde apresentadas por indivíduos e coletividades. Por fim, a vulnerabilidade social refere-se ao acesso, ou à ausência dele, aos direitos humanos, sexuais e de cidadania às diferentes

comunidades. Sobre essa questão, Bertolozzi *et al.* (2009) acrescentam que a dimensão social também se relaciona aos processos do ciclo de vida, à mobilidade e à construção da identidade social, além de envolver normas e legislações vigentes, bem como as relações de gênero, raça, entre outros fatores.

Além disso, o conceito de vulnerabilidade desloca o foco do indivíduo para o contexto social, econômico e político no qual ele está inserido, considerando portanto, os valores culturais compartilhados pelos diferentes grupos (Pelúcio, 2009). Diante do exposto, o conceito de vulnerabilidade proposto para a substituição da noção de grupos de risco proporcionou uma visão mais ampla acerca dos fenômenos de saúde/doença, ao dimensioná-los como processos multidimensionais envolvendo questões individuais, mas também sociais e institucionais.

Ainda, é fundamental destacar o papel dos movimentos sociais nessa ampliação dos conceitos, principalmente o feminista e o movimento trans. O primeiro colocou em pauta, e ainda o faz, as consequências do controle biomédico nos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, incorporando ambos como facetas indissociáveis da noção de direitos humanos, ainda nas décadas de 80 e 90 no Brasil. Tal movimento permitiu a construção de campos de discussão política que não se restringem às leituras tradicionais de saúde e legalidade. Já relacionado ao movimento trans, ao criticar o sistema cissexista que discrimina pessoas transexuais e as impede o acesso à saúde integral, o mesmo também promove mudanças em relação ao estatuto generalista do sujeito em saúde (Hamann *et al.*, 2017).

Dessa forma entende-se que, devido os contextos históricos, sociais e epidemiológicos em que as pessoas vivendo com HIV/Aids estão inseridas, as mesmas integram grupos ou populações em condição de vulnerabilidade, isto é, encontram-se fragilizadas, sob os aspectos jurídico e político, no que se refere à promoção, à proteção e/ou à garantia de seus direitos de cidadania. Em relação a isso, um estudo quantitativo analisou a associação da adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV/Aids e as dimensões das vulnerabilidades, identificando elementos que fragilizam ou potencializam a adesão. Na vulnerabilidade individual foram identificados como estatisticamente significantes o apoio para conversar/desabafar sobre o problema de saúde, apoio para se divertir ou fazer atividade de lazer, e deixar de tomar a medicação devido à alteração na prescrição médica. Como vulnerabilidade social foram identificados como elementos importantes o sexo, o nível de instrução, a renda familiar e a condição empregatícia. Já como vulnerabilidade programática foram identificados o acesso

ao serviço, recebimento de informações, comunicação com os profissionais, educação em saúde e deixar de tomar a medicação por não tê-la (Miranda *et al.*, 2022).

Diante do exposto, mesmo que o estudo não trate especificamente da PrEP, sabe-se que o acesso aos serviços ligados ao HIV/Aids ainda é fragilizado, visto que um menor nível de instrução e escolaridade, renda e desemprego está relacionado a uma menor adesão ao tratamento. Portanto, é fundamental ressaltar a importância dos profissionais de saúde considerarem os aspectos da vulnerabilidade social durante o atendimento, de forma humanizada e individualizada, uma vez que os contextos de vida e trabalho influenciam diretamente no autocuidado e adesão, além de ser dever dos serviços de saúde promover ações estratégicas que atinjam os pacientes com menor escolaridade (Miranda *et al.*, 2022).

Relacionado ao tema, a PNH infere que é fundamental incluir as diferenças nos processos de cuidado, bem como nos processos de gestão, de modo a construir coletivamente ações que promovam um atendimento humanizado e integral. Além disso, diante do exposto até o momento, a Política também reafirma a necessidade dos profissionais de saúde considerarem a singularidade dos sujeitos e a complexidade do processo saúde-doença durante o atendimento, enfrentando as práticas fragmentadas (Brasil, 2013b).

Entretanto, mesmo a partir da compreensão do conceito de vulnerabilidade, a ideia de grupos de risco ainda persiste, gerando preconceitos e estigmas que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Tal fato pode ser evidenciado no presente estudo, uma vez que em diversas falas, os profissionais de saúde e gestores (as), ancorados em concepções do senso comum, representam a PrEP como direcionada especificamente para populações específicas como HSH e profissionais do sexo, como evidenciado no primeiro tema exposto, resgatando o imaginário da primeira década da epidemia de HIV. Sobre isso, Ferreira (2023) também evidenciou tal fenômeno em seu estudo no qual participantes afirmaram que para acessar a PrEP, era necessário ser “gay” ou “puta”. Todos os fatores supracitados, somado a uma cultura heteronormativa que estimula a homofobia dentro das instituições, demonstram como a lacuna de conhecimento reforça preconceitos e estigmas envolvendo o tema, seja para pessoas que vivem com HIV/Aids, como também para usuários da PrEP, mesmo que soronegativos (Dorin *et al.*, 2021; Lovison, *et al.*, 2019).

Em relação ao tema, um estudo quali quantitativo realizado com indivíduos que já fizeram uso de PrEP em algum momento da vida, constatou que quando questionados a respeito de uma situação hipotética em que o sujeito não contou para o companheiro e amigos que estava pensando em fazer o uso da PrEP, a grande maioria dos participantes da pesquisa

afirmou que o personagem toma essa atitude por medo de preconceito, estigma e julgamento que poderia receber. Ainda, em outra questão-caso que envolvia uma personagem contar a sua amiga que estava fazendo uso de PrEP e qual seria o pensamento da amiga, os participantes da pesquisa afirmaram que a segunda poderia associar o uso da profilaxia promiscuidade ou a uma infecção por HIV. Essas vivências expressam um sofrimento subjetivo marcado pelo medo e pela angústia, que também ecoa em discursos socialmente compartilhados. Nesse sentido, o estigma e o preconceito podem configurar-se como uma das possíveis facetas da representação social acerca do uso da PrEP, considerando que, como discutido anteriormente, ela ainda se encontra fortemente associada ao imaginário coletivo e aos discursos socialmente compartilhados sobre o HIV e a Aids em nossa sociedade (Dorin *et al.*, 2021).

No âmbito internacional o cenário é similar, uma vez que o medo de ser associada a uma pessoa que vive com HIV/Aids ou à promiscuidade, foram fatores que influenciaram negativamente na adesão à PrEP por adolescentes e jovens em um estudo realizado na África do Sul (Bergh *et al.*, 2025). Semelhante a isso, uma pesquisa desenvolvida em Kampala, na Uganda, também constatou que o medo do estigma de ser associado a uma pessoa em uso de antirretroviral também foi um fator negativo na adesão à profilaxia (Kayesu *et al.*, 2022), e o mesmo foi identificado em outro estudo realizado em Uganda, no Zimbábue e na África do Sul realizado com homens e mulheres entre a faixa etária de 13 a 24 anos (Muhumuza *et al.*, 2021).

Diante do exposto, as falas apresentadas pelos sujeitos do presente estudo expõem a dificuldade do acesso aos serviços de saúde e a busca pela profilaxia, representada pelo medo de julgamento e preconceitos que os indivíduos podem sofrer em determinados espaços. Esses sentimentos foram associados principalmente ao medo de ser confundido com uma pessoa que vive com o HIV, ainda muito ancorado no preconceito que envolve o tema HIV/Aids. Uma das falas que expõe isso de forma muito clara foi expressa pelo Usuário 1, o qual conta que ao divulgar em suas redes sociais que estava utilizando a PrEP, recebeu uma mensagem dizendo que "Isso acaba com a tua imagem", denotando que o medo do julgamento é um sentimento real entre os usuários, uma vez que o preconceito ainda existe e ainda é propagado direta e abertamente na sociedade.

A respeito disso, o estigma relacionado à PrEP pode ser manifestado de diversas formas, sendo que as mais comuns são o “estigma antecipado”, que configura-se como o medo de ser estigmatizado; o “estigma concretizado”, que ocorre quando de fato o indivíduo sofre a discriminação; e o “estigma internalizado”, no qual o sujeito atribui crenças negativas

a si mesmo. Portanto, o estigma da PrEP identificado nas falas dos sujeitos do presente estudo, vai ao encontro do encontrado na literatura, que também associa o preconceito ao medo de ser confundido como uma pessoa que vive com HIV/Aids, além da promiscuidade. Ainda, em alguns contextos regionais, o medo também está associado ao fato de a homossexualidade ainda ser crime, como por exemplo na Zâmbia, onde HSH afirmam sofrer o estigma antecipado, além daquele sofrido em serviços de saúde como barreiras ao uso da PrEP (Stoebenau *et al.*, 2024).

Diante do exposto, é possível afirmar que diante de todo o contexto histórico, social e político da temática, a repressão em forma de preconceito aos usuários de PrEP pode representar uma tentativa de manutenção do estigma sobre essa parcela da população, dificultando a sua liberdade e o seu prazer. A representação social da Aids como uma punição teria agora a chance de ser desmistificada pelo uso da profilaxia, proporcionando maior tranquilidade e liberdade, o que gera incômodos a uma parcela da população, uma vez que o uso da PrEP está relacionado à prevenção e não necessariamente mudança de práticas sexuais. Assim, a ruptura desse tabu e a concretização do desejo associado ao prazer sexual representam maior liberdade e menor privação. Contudo, ao se vivenciar tal liberdade, acabam por enfrentar, infelizmente, as consequências sociais e psíquicas decorrentes dessa escolha, entre as quais figuram, como respostas sociais das mais cruéis e desumanas, o estigma e o preconceito (Dorin *et al.*, 2021).

Ainda, outra fala que expõe a violência nos serviços de saúde é demonstrada a seguir:

Quando eu vim buscar atendimento aqui eu fui tratado com indiferença, fui tratado com indiferença. [...] Aqui em [nome do município], no postinho. Aí eu não sei se foi por eu ser paraense ou pela minha cor ou por eu ser gay, não sei. Não sei porque não ficou explícito assim, o motivo das piadinhas, daquela coisa. [O que você sentiu assim na hora?] Constrangimento, fiquei desconfortável...Será que eu tô no lugar certo? Vale a pena enfrentar fila? . (U8)

Tal discurso representa os preconceitos que diversas populações vulneráveis ainda sofrem ao buscar os seus direitos, visto que, como relatado pelo usuário, ele não conseguiu distinguir se a violência foi realizada por ele ser “paraense, pela cor ou por ser gay”, fazendo com que o mesmo questionasse se estava no lugar correto e se valia a pena a busca pelo serviço. Esse discurso é muito simbólico por retratar o sentimento real de medo e desânimo por esses grupos ao procurar por atendimentos básicos de saúde, questionando a si mesmos se o processo vale a pena. Relacionado a isso, Monteiro e Villela (2019) reforçam que a exclusão social de indivíduos e grupos, fundamentada em preconceitos ou práticas discriminatórias, pode acarretar danos diretos à saúde, além de dificultar o acesso à prevenção e aos serviços de

cuidado, configurando-se portanto, como um círculo vicioso entre marginalização social e adoecimento, que acaba por reforçar e perpetuar o estigma.

Diante da fala do Usuário 8, é imprescindível discutir também o processo de migração interna de nordestinos para o sul do Brasil, especificamente Santa Catarina, visto que os elementos que permeiam essa vivência também estão diretamente ligados a preconceitos que dificultam o acesso a direitos básicos dos indivíduos. Primeiramente, na história oficial catarinense os sujeitos não brancos não aparecem como sujeitos que fizeram parte da construção do estado, considerando o homem branco como o ponto de partida da civilização, além de ainda nos dias atuais ter uma população que cultua a ideia de europeidade como característica primordial da cultura. Ademais, com a ascensão da extrema-direita, a externalização de ideias por parte da população e de políticos catarinenses foram permeadas de xenofobia contra migrantes nordestinos, principalmente no período que sucedeu as eleições presidenciais de 2022. Dessa forma, a xenofobia direcionada aos nordestinos parece decorrer de insatisfações e divergências políticas, bem como do racismo, não se restringindo apenas ao estado de Santa Catarina (Gonçalves, 2025).

Ainda relacionado a isso, cabe ressaltar que o município possui um alto fluxo de migrantes, tanto de outras regiões brasileiras, bem como de países latinoamericanos vizinhos (IBGE, 2022c), e a discriminação relatada também se reproduz contra imigrantes internacionais, como haitianos e venezuelanos, por meio de manifestações segregatórias que estabelecem uma diferenciação hierárquica entre o emissor e o imigrante. Portanto, a fim de garantir uma vida digna e acesso aos serviços básicos, é fundamental o investimento em infraestrutura, educação e saúde nas regiões receptoras (Correia, 2024).

Ademais, os processos discriminatórios também agem nas identidades que desviam da norma biologicista e binária, fazendo com que a população LGBTQIAPN+ também seja afetada, uma vez que a mesma não acessa os serviços de saúde por falta de acolhimento e resolutividade das suas necessidades. Assim a APS que deveria ser a porta de entrada do SUS acaba promovendo, com frequência, um ambiente hostil que afasta os indivíduos, contribuindo para o fortalecimento da vulnerabilidade programática no âmbito dos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2024). Ademais, ao compreender o processo saúde-doença como um fenômeno que envolve diversas dimensões, implica também reconhecer que fatores como desemprego, precariedade habitacional, insegurança alimentar e limitações no acesso à educação, aos serviços de saúde, ao lazer e à cultura, bem como formas de discriminação, configuram formas de exclusão que impactam diretamente o bem-estar e o nível de saúde da

população. Ainda, as violências sofridas pela população LGBTQIAPN+ não ocorrem isoladas das outras formas de discriminação social, uma vez que a homofobia, o machismo, o racismo e a misoginia caminham lado a lado (Brasil, 2013a).

Outrossim, outras falas que chamaram a atenção relacionado a esse tema foram as seguintes:

Do ponto de vista de gestão ainda existem desafios relacionados ao estigma. Isso é muito claro. (G4)

Eu vejo que foi muita luta para conseguir, foram muitos anos da coordenação levando essa demanda [implementação da PrEP]. [...] Mas também o que ocorria muito era troca de gestão, porque na gestão sempre tá trocando de profissionais, então demorou para achar alguém que conseguisse entender a necessidade. [...] Eu vejo que tinha até um pouco de estigma da gestão de não entender muito dessa necessidade. [...] Talvez um preconceito. (A3)

Eu acho que até a questão do poder público não aceitar a questão da implementação, porque ao mesmo tempo que se falava em PrEP, se falava em “ah, tá estimulando a ter relação sexual sem uso de preservativo”. (A5)

Eu fui uma das primeiras pessoas de [nome do município] a começar a usar. E foi uma luta para conseguir. [...] Meu Deus, eu ia lá, eu chamava, eu ia lá no Hospital Dia, eu dizia “gente como é que não tem, como é que não tem”. (U1)

A partir das falas é possível perceber que a visão da gestão municipal estava ancorada em preconceitos e estigmas, que foram percebidas também por profissionais da rede, o que pode ser um dos motivos da demora na implementação da profilaxia no município. Como relatado, a efetivação da disponibilização da PrEP no município foi uma luta marcada por intensas solicitações da coordenação do setor especializado à gestão municipal, e também de usuários que buscavam o serviço em busca da profilaxia.

Relacionado a isso, sabe-se que a adoção da PrEP nos países da América Latina foi postergada por diversos fatores, entre eles a falta de preparo e informação adequada por parte dos responsáveis pela formulação de políticas públicas, a preocupação com os possíveis custos adicionais da estratégia, a criminalização de comportamentos sexuais, além da persistência do estigma e da discriminação associados ao tema. No Brasil, além dos fatores citados, também foram questões importantes para a postergação do início da implementação da PrEP pelo SUS a análise da patente do Truvada®, a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e algumas decisões como a priorização da mudança no tratamento do HIV (Castro *et al.*, 2024).

Ainda, segundo a PNSI-LGBT é competência dos municípios a identificação das necessidades de saúde da população LGBTQIAPN+, além da articulação com instituições

governamentais e não governamentais, a fim de contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população (Brasil, 2013a). Entretanto, a percepção dos participantes do presente estudo em relação à gestão municipal foi que ainda persistem estigmas e preconceitos que culminaram na demora na implementação da PrEP no município, ignorando as necessidades dos usuários.

Ademais, a fala expressa pelo participante A5 representa o medo que alguns profissionais de saúde, assim como usuários, possuem em relação ao abandono do uso do preservativo pelo usuário de PrEP como apresentado nas falas abaixo:

Conversando fora do ambiente profissional, com meus amigos, por exemplo, eles acham que a [PrEP] é a única prevenção, sabe? Eu acho que ela não pode substituir outros meios, a camisinha, esse cuidado. (G3)

Sempre quando o paciente é orientado que quer fazer o uso da medicação, pelo menos eu oriento o uso da camisinha, do preservativo que é melhor, porque a medicação [...] como é que eu vou dizer... são vários efeitos colaterais e o paciente fica naquela de não se cuidar ali que é o mínimo do preservativo. Então claro que tem o seu lado positivo, mas também tem esse que o paciente acha que é mais fácil tomar um remédio do que usar um preservativo. (G10)

Eu acho que é algo muito bom se for bem entendido pela população. [...] Mas talvez tenha usuários que não tenham tanto conhecimento que acabem usando ela como se fosse um preservativo, coisa que não é. Porque tem inúmeras outras doenças sexualmente transmissíveis. (G6)

A PrEP, embora seja uma profilaxia pré-exposição, ela não é uma garantia e também existem outras doenças que ele pode contrair, além do HIV. Então, reforçaria de qualquer forma o uso do preservativo, a necessidade de fazer as testagens rotineiramente e os tratamentos caso algum teste fosse positivo. Geralmente, eu enfoco bastante nessa parte de que a PrEP é para prevenção do HIV. E a gente tem uma infinidade de outras infecções sexualmente transmissíveis que também são graves. (A6)

Tal fato também está presente em diversos estudos nos quais os profissionais e usuários relatam o mesmo receio (Matias; Franch; Silva, 2022; Dorin *et al.*, 2021; Ferreira, 2023). Entretanto é importante ressaltar que as dificuldades em relação ao uso do preservativo já são antigas, e as ações realizadas em busca de uma “doutrinação” do uso da camisinha e as campanhas e orientações massivas que divulgam o preservativo como único método de prevenção, têm se mostrado ineficaz para controlar a epidemia (Castro *et al.*, 2024). Tal fato pode ser exemplificado pelo estudo realizado por Silva *et. al* (2022), o qual constatou que em um universo de 273 adolescentes com vida sexual ativa entrevistados, 18,75% não veem a camisinha como um método imprescindível, além de 10% ter afirmado que nunca a utilizou. Além disso, é importante ressaltar que a correlação entre o aumento dos casos de IST e o uso da PrEP não é comprovada em literatura científica, além de ao analisar a série histórica da

sífilis no Brasil, por exemplo, o aumento do número de casos é algo muito anterior à implementação da PrEP, indicando um baixo uso de preservativo anterior à profilaxia (Queiroz; Sousa, 2017).

Entretanto, quando mudamos a perspectiva para os usuários, identificamos falas a respeito do uso do preservativo que conflituam com as dos profissionais, uma vez que os usuários reconhecem a importância da camisinha.

Mesmo usando camisinha eu uso [a PrEP]. [...] Eu tenho um relacionamento aberto, e eu acho isso mais seguro para mim, e também para o meu parceiro. Por mais que a gente use camisinha, mas sempre pode ter alguém sacana no meio ali né? não dá para confiar em tudo. [...] Eles pensam que a gente tá usando PrEP para poder sair e transar sem camisinha, como se não existissem as outras ISTs. (U4)

Tem um ponto também que eu vejo em várias pessoas... muitos homens gays fazem uso da PrEP sem preservativo, que é um ponto que merece atenção na roda de amigos. (U2)

A PrEP é de uso contínuo. A prevenção é melhor com o uso do preservativo, claro. Mas é um outro meio de se prevenir, seja qual for o risco que se submeter. (U8)

Porque por mais que tu utilize o preservativo e tudo mais, a PrEP é mais uma coisa que te protege. (U6)

Diante do exposto apresentado nas literaturas, fica implícito que o direito de uma vida sexual mais tranquila e livre a partir do uso da PrEP pela população LGBTQIAPN+, a qual ainda representa a maior proporção de usuários da PrEP, pode levar a incômodos sociais significativos, uma vez que o não uso do preservativo em relações heterossexuais é visto como algo comum, principalmente relacionado ainda apenas à prevenção de gravidez (Dorin *et al.*, 2021). Ainda, vale ressaltar que no início da epidemia as estratégias de prevenção do HIV foram unicamente centradas no uso do preservativo ou então da abstinência sexual, entretanto a escolha pelo não uso do preservativo sempre foi altamente estigmatizada e penalizada pela moralidade científica, especialmente quanto tratava-se da população LGBTQIAPN+, sendo vistos como irresponsáveis e negligentes (Ferreira, 2023).

Dito isso, é importante destacar que a prevenção combinada é sim a melhor opção quando discutimos a prevenção não só do HIV mas também de outras IST, porém é necessário assumir e aceitar que são diversas as situações que podem levar ao não uso ou à falha do preservativo como profissionais do sexo, rompimento do preservativo, ou ainda o sexo *bareback*, entre tantas outras possibilidades (Queiroz; Sousa, 2017). Portanto, compreender os múltiplos fatores que dificultam o uso do preservativo pode auxiliar no aprimoramento das

estratégias terapêuticas e na formulação de políticas públicas mais efetivas. Falas que demonstram esse entendimento, foram expostas por dois gestores (as):

Olha, eu vejo como uma medida boa para prevenir mesmo, porque hoje em dia a gente tem uma dificuldade muito grande quanto ao cuidado do uso do preservativo, né? Então é mais uma medida para tentar evitar as transmissões. Então eu acho que é uma coisa que veio para nos auxiliar, sim. A gente orienta os pacientes, a gente tem preservativo para disponibilizar, mas eles não... mesmo a gente orientando assim, a gente tem uma resistência. (G5)

Ao mesmo tempo, [a PrEP] é uma importante ferramenta de saúde pública, onde a gente vai conseguir reduzir ainda mais os casos, mas também, fazer com que a população “adere” a mais um método de prevenção, na qual ainda existe só o preservativo e ainda tem certa resistência [...] E eu vejo ela também como uma política que acaba fortalecendo ainda mais a universalidade, a equidade, enfim, melhora o acesso, porque tu tá ofertando uma opção a mais pro usuário, basta nós qualificar esse processo. (G4)

Ainda em relação a isso, é importante destacar que as relações sexuais também podem demonstrar relações de poder e portanto reproduzir desigualdades sociais, uma vez que pessoas em maior vulnerabilidade social podem ter um menor poder de negociação e por conseguinte, terão mais dificuldade e menor motivação para se prevenir. Portanto, torna-se imprescindível o debate sobre desigualdades raciais e de gênero, além da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que essa luta configura-se como uma estratégia essencial para o esvaziamento dos argumentos que culpabilizam e estigmatizam determinados indivíduos (Monteiro; Villela, 2019).

Assim, a escolha pelas melhores estratégias de prevenção não devem seguir padrões moralistas, engessados ou preconceituosos, e portanto o profissional de saúde não deve sobrepor e hierarquizar o uso do preservativo acima das demais estratégias, uma vez que essa escolha deve ser feita de forma individualizada, baseada nas vivências e desejos de cada sujeito (Ferreira, 2023). Ademais, no que diz respeito ao receio do aumento de IST pelo abandono do uso do preservativo citado diversas vezes no presente estudo e em outras pesquisas, pode-se pensar que, em função do acompanhamento contínuo e regular que o usuário de PrEP precisa seguir, o mesmo realiza testagens frequentes além de acompanhamento vacinal, e portanto, a estigmatização acerca da irresponsabilidade não deve ser perpetuada, uma vez que o aceite e a escolha em utilizar a profilaxia necessariamente envolve acompanhamentos rigorosos de saúde (Dorin *et al.*, 2021; Ferreira, 2023).

Por fim, é fundamental reconhecer as conquistas e a importância de diversas estratégias já consolidadas no SUS, como a adesão ao conceito de prevenção combinada, o tratamento que permite uma maior qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV/ Aids e

até mesmo a PrEP. Entretanto, também é necessário discutir que as respostas nacionais e internacionais sobre a temática ainda não têm contemplado de forma efetiva o combate ao estigma e aos fatores responsáveis pela maior vulnerabilidade ao HIV. Assim, mesmo em meio à onda de conservadorismo, faz-se necessário o enfrentamento do estigma relacionado ao HIV/Aids por meio de intervenções estruturais, culturais e psicossociais, permitindo a ampliação de acesso a bens materiais e simbólicos às pessoas vulneráveis, criação de espaços de diálogo em serviços de saúde e educação, além do fortalecimento da parceria entre os movimentos sociais e instituições públicas (Monteiro; Villela, 2019). Tais ações são fundamentais para uma política pública efetiva e de qualidade, utilizando-se das diversas tecnologias sociais e biomédicas que hoje permitem uma vida com saúde e dignidade, tanto para aqueles que hoje vivem com o HIV, quanto para aqueles que optam pelo uso da PrEP como uma estratégia de prevenção e liberdade.

5.3.3 “É LGBT mais um monte de siglas que a gente não tem conhecimento sobre todos”: atendimento e acesso da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde

O acesso e atendimento da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde configuram-se como um fenômeno complexo, influenciado por determinantes sociais, econômicos, culturais e institucionais, que geram e perpetuam desigualdades no cuidado (Sousa *et al.*, 2026). Historicamente, políticas discriminatórias contra expressões de sexualidade e identidades de gênero, distintas dos padrões heterossexuais e cisnormativos, regiam as práticas de saúde, por exemplo, associando a homossexualidade e transexualidade a doenças passíveis de tratamento psiquiátrico (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Assim, abordar a sexualidade implica também considerar a produção dos saberes que a constituem e aos sistemas de poder que regulam suas práticas (Guimarães *et al.*, 2020). Além disso, embora os sistemas de saúde afirmem adotar a universalidade e a equidade como fundamentos centrais, na prática ainda persistem obstáculos que atingem, sobretudo, as populações vulneráveis, como baixa escolaridade e restrições de capital social, bem como problemas estruturais, como a forma de organização dos serviços, o financiamento insuficiente e a debilidade das políticas públicas voltadas à inclusão.

Ademais, quando tratamos da população LGBTQIAPN+, a mesma enfrenta barreiras no acesso a oportunidades de empregos de qualidade, discriminação no ambiente da família, do trabalho, da educação e da saúde, além de sofrer com a invisibilidade das suas

necessidades e a insuficiência de capacitação profissional, que somam-se às vulnerabilidades citadas anteriormente (Sousa *et al.*, 2026; Ferreira *et al.*, 2019). Sobre isso, é fundamental interpretar os fenômenos de forma interseccional, uma vez que a identidade de gênero e a orientação sexual não são marcadores sociais únicos na compreensão da população LGBTQIAPN+, já que esse grupo pode também sofrer consequências de outros tipos de discriminação relacionados a outros aspectos, como racismo, machismo, elitismo, entre outros, que podem potencializar os processos de vulnerabilização e interferir no processo saúde-doença-cuidado (Abade; França; Souza, 2022).

Esse cenário pode ser ilustrado pelo fato de que, apesar dos avanços no campo dos direitos sociais e do enfrentamento aos preconceitos, tais conquistas tendem a se concentrar na imagem do chamado “gay contido”, geralmente branco e com maior poder aquisitivo. Em contrapartida, homens gays negros, pobres e/ou considerados afeminados continuam à margem desses progressos, permanecendo mais vulneráveis a situações de discriminação e violências significativas, que refletem também no cuidado e acesso à APS (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024).

Diante do exposto é evidente que a população LGBTQIAPN+, para além das diversas violências escancaradas que sofre, também enfrenta a violência simbólica, ou seja aquela que é eufemizada, branda e invisível, mas que ainda causa efeitos reais nos indivíduos (Silva; Gomes, 2021). Como forma de ilustrar esse tipo de violência podemos retomar à fala do Usuário 8, o qual se questiona se está no lugar certo e se de fato pertence àquele lugar. Dessa forma, a decisão de procurar os serviços de saúde pode se relacionar ao medo, tensão, ansiedade e vergonha, e levar os usuários a não frequentar esses locais e, por conseguinte, negligenciar a sua saúde.

Frente a isso, uma das conquistas da população LGBTQIAPN+ foi a instituição da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a qual busca reconhecer as demandas desta população além de nortear as ações e legitimar as suas necessidades e especificidades (Brasil, 2013a). Entretanto, a efetivação da Política ainda enfrenta entraves que se vinculam às representações socialmente construídas e compartilhadas no campo da saúde. Tais representações, ancoradas em concepções discriminatórias presentes entre profissionais e incorporadas à própria organização e estrutura da rede assistencial, influenciam práticas, discursos e modos de cuidado, dificultando sua ampla aceitação e disseminação.

Em face do que foi exposto, no município estudado, o SAE HIV/Aids representa o espaço no qual a PrEP é disponibilizada aos usuários, e portanto, onde os usuários realizam o acompanhamento. Quando questionados a respeito do atendimento nesse serviço, 100% dos usuários representaram o atendimento de forma positiva, ancorado no fato de que as suas necessidades enquanto pessoa LGBTQIAPN+ sempre foram atendidas, como consta nas falas a seguir.

Eu percebo que os usuários de PrEP e do SAE é bem comum que sejam LGBTs, o próprio enfermeiro do SAE é LGBT. Eles perguntam das nossas demandas, nos entendem. (U2)

Eles são bem mente aberta. Querendo ou não a gente é um público muito exposto até hoje, né? E acho que eles sabem lidar muito bem com isso, eles entendem muito bem toda a sigla LGBTQIAPN+, eles entendem tudo, tudo assim. Sabem falar sobre gênero, sobre sexualidade, sobre tudo. (U4)

Sim, super. O tempo inteiro. Eu acho que pelos profissionais conhecerem as especificidades dessa categoria, mais especificamente na forma do tratamento com essas pessoas, sem estigma, sem preconceito. (U5)

Relacionado a isso, um estudo realizado com 475 usuários de 21 municípios baianos com o objetivo de identificar a percepção do acesso de usuários a serviços especializados, também constatou que a grande maioria dos usuários não considera o atendimento como “ruim” (Maciel *et al.*, 2024). A respeito disso, embora a epidemia de HIV/Aids tenha direcionado e focado as ações de saúde ao público LGBTQIAPN+ em ações de prevenção à IST, as necessidades de saúde dessa população são bem mais complexas e suas demandas vão muito além, demandando uma abordagem multiprofissional e cuidados amplos que envolvam a promoção de hábitos saudáveis, medidas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, sempre conduzidos de forma respeitosa e acolhedora (Brasil, 2013a; Silva; Almeida, 2023).

Ademais, os profissionais de saúde do serviço especializado no município demonstraram familiaridade com as necessidades da população LGBTQIAPN+ , para além de ações preventivas, como demonstrado nas falas a seguir.

Então, a gente tem aqui no SAE tem todo esse cuidado de seguir esse PCDT na risca, de ter um olhar acolhedor, um atendimento humanizado, com sigilo, com ética, sem discriminação, com nome social. [...] Então, a gente sempre identifica e solicita para que eles falem para nós que eles gostariam de ser chamados pelo nome social. [...] Eles já sofrem às vezes muitos tipos de preconceito, de estigma, e chegar num setor onde você tem um olhar acolhedor, um atendimento sem discriminação, com sigilo, com ética, em qualquer local que você vai, que você é bem atendido, tu quer voltar, né? então, essa população também é assim. Então, um profissional que acolhe, que escuta uma escuta não punitiva, uma escuta livre de preconceito, deixa

esse usuário mais à vontade até para conversar sobre suas fragilidades e para que o serviço encaminhe quando necessário. (G1)

Então a gente tem esse olhar do cuidado acima de tudo, de cuidar aquela pessoa, de protegê-la. (A1)

Essas pessoas [trans] não vem muito [ao atendimento psicológico]. Eu não sei que quantidade a gente tem de pacientes, mas geralmente quando eles vêm, eles já estão num estado assim de mais gravidade, sabe? Então, muitas vezes fica com vergonha, não quer trazer, sofre calado. É uma pena, porque eu tenho certeza que eles teriam muitas questões para eles trabalharem e eu sinto falta deles aqui. (A2)

Tais falas demonstram um certo avanço no atendimento à população LGBTQIAPN+ uma vez que vão ao encontro ao preconizado na política nacional, a qual reitera a eliminação do preconceito e da discriminação nos serviços de saúde, a garantia do uso do nome social e a promoção do respeito (Brasil, 2013). Ainda, o II Plano Operativo (2017- 2019) da PNSI LGBT, que estabelece estratégias para fomentar a implementação dessa Política e da promoção da equidade em saúde, coloca como uma das estratégias a qualificação e fortalecimento do acesso da população LGBTQIAPN+ à atenção especializada (Brasil, 2017b). Outrossim, diante das falas também é possível perceber o olhar humanizado e de acolhimento por parte dos profissionais, indo ao encontro da PNH que reforça a importância do reconhecimento das experiências do outro como algo legítimo e singular (Brasil, 2013b).

Ademais, como destacado na última fala, a preocupação com a saúde mental da população, especialmente trans nesse caso, também fortalece uma saúde integral para além de medidas preventivas relacionadas à práticas sexuais. Tal preceito também consta na PNSI LGBT, a qual destaca a redução dos problemas relacionados à saúde mental como um dos objetivos da Política (Brasil, 2013a). Relacionado a essa temática, é interessante ressaltar que o controle estrutural e social de gênero e as ameaças constantes ao bem estar físico e psicológico, ainda são fatores que afetam significativamente a saúde mental de pessoas transgêneros, limitando o seu acesso a serviços de saúde (Viana *et al.*, 2023). Ainda, um estudo realizado com 50 adolescentes trans com idade entre 12 e 18 anos, constatou que metade dos participantes relatou ideação suicida, automutilação e *bullying*, demonstrando níveis significativamente mais elevados em comparação com a população alemã (Brecht *et al.*, 2021). Dessa forma, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas futuras que possam compreender o porquê a população trans do município não está acessando o atendimento psicológico dentro do SAE, de forma a desenvolver estratégias para o fortalecimento do acesso.

No que tange à APS, os profissionais de saúde e a equipe de gestão e coordenação relatam barreiras principalmente relacionadas ao atendimento, que ainda é muito representado pelas ações preventivas, como realização de testes rápidos, orientação de uso de preservativo, entre outros, além de visões generalistas.

É difícil a gente chegar a fazer uma avaliação ou uma consulta bem direcionada a isso... eu não lembro de ter feito. (G14)

Olha, rotineiramente é a rotina do Ministério da Saúde, né? A gente tem acesso aos testes rápidos, [...] o enfermeiro também pode pedir na consulta de enfermagem os exames das sorologias também do laboratório. A questão, enfim, de ética também que segue para todos os outros casos. (A9)

Para mim o fato dele ser LGBT não muda, a não ser que sim tenha um comportamento de risco, né? Profissional do sexo ou alguma coisa assim, que daí eu preciso abordar mais a questão de prevenção, proteção de saúde. (A6)

No que se refere a essa temática, é importante destacar que a implementação de estratégias e ações voltadas à população LGBTQIAPN+, especialmente no âmbito da atenção primária, configura-se como um desafio complexo, uma vez que não tem sido devidamente assimilada nem pelos espaços formadores, nem pela gestão, tampouco pelos diferentes níveis da atenção à saúde de maneira geral (Ferreira *et al.*, 2019). Frente a isso, o acolhimento da população nos serviços de saúde é fundamental, entretanto apenas isso não basta, uma vez que a generalização e desconhecimento das especificidades da população LGBTQIAPN+ por parte dos profissionais de saúde também resulta na desigualdade no acesso, tanto no setor público como no privado.

Ademais, a falta da presença dessa população nos serviços de saúde, especialmente na APS, é consequência da falta de estímulo para que essas pessoas frequentem esses espaços até mesmo pela organização das UBSs, as quais possuem dias alusivos à saúde da mulher e do homem – cis e heterossexuais –, hiperdia, entre outras estratégias, mas nenhuma voltada à população LGBTQIAPN+ (Carvalho *et al.*, 2020). Tal fato também foi citado por usuários em um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, no qual os sujeitos relataram a sensação de invisibilização, devido a falta de iniciativas específicas e referências visuais e simbólicas, tais como cartazes e ações direcionadas, levando a uma sensação de não pertencimento àquele espaço (Oliveira; Dias, 2023). Ademais, em um estudo qualitativo realizado no município de Chapecó com mulheres transexuais e travestis, uma das participantes relatou que só procura o serviço de saúde quando sente que não consegue reverter a situação por meio da automedicação, o que demonstra o afastamento dessa população dos serviços chapecoenses

(Lovison *et al.*, 2019). Tal cenário também acontece internacionalmente, uma vez que quase um quarto da população LGBTQIAPN+ do Reino Unido já afirmou presenciarem situações e comentários “anti LGBTQIAPN+” por parte de profissionais da saúde, além de uma em cada sete pessoas evitarem a busca pelo serviço de saúde por medo de discriminação (Braybrook *et al.*, 2025).

Ainda, nas falas acima é possível perceber que para alguns profissionais o cuidado à saúde da população LGBTQIAPN+ é representado pela prevenção à IST, como a realização de testes rápidos, além da fala da Profissional Assistencial 6 associar, por meio do senso comum, um atendimento focado à esses indivíduos apenas quando apresentam algum “comportamento de risco”. Essa associação também foi encontrada em um estudo qualitativo realizado com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em uma capital no Nordeste brasileiro, as quais relataram que as intervenções que as equipes de saúde ofereciam direcionadas à população LGBTQIAPN+ eram distribuição de preservativos, panfletos sobre IST durante o período de carnaval, e testes rápidos (Ferreira *et al.*, 2019). Ainda, essa problemática também já foi apontada como recorrente por usuários no estado do Rio de Janeiro (Oliveira; Dias, 2023).

Tais discursos promovem práticas estigmatizantes, como discutido anteriormente, enxergando os indivíduos apenas como suas práticas sexuais, e por conseguinte, centralizando o atendimento, o que dificulta o acesso à saúde integral. Ainda, esse reducionismo também leva ao negligenciamento de ações basilares da APS como prevenção e cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cuidado pré-natal e assistência à saúde mental (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Sobre isso, destacam-se alguns desafios vivenciados pela população LGBTQIAPN+ como o atendimento ginecológico para homens trans, a dificuldade de acesso ao processo transexualizador, a realização adequada do exame citopatológico em mulheres que se relacionam com outras mulheres, discriminação na atenção perinatal de famílias homoparentais, além de piores indicadores relacionadas à transtornos mentais, ideação e tentativas de suicídio e uso abusivo de drogas (Oliveira; Dias, 2023; Silva; Almeida, 2023; Abade; França; Souza, 2022; Silva; Gomes, 2021).

Ainda, essa população também sofre maior risco para asma, obesidade e doenças cardiovasculares, relacionado à dificuldade de acesso aos cuidados preventivos na APS, além de maior risco para alguns tipos de câncer como o de colo de útero, uma vez que mulheres cisgêneras lésbicas e homens transexuais possuem piores taxas de realização de citopatológico do colo do útero, devido a falta de preparo dos profissionais para uma assistência adequada

(Abade; França; Souza, 2022). Ademais, o risco aumentado para algumas doenças também pode estar ligado ao estresse que a população experiencia devido a situações de discriminação, uma vez que leva a maiores taxas de uso de tabaco, álcool e outras drogas, além de níveis aumentados de sofrimento psicológico (Braybrook *et al.*, 2025). Em relação à isso, a PNSI-LGBT já destacava como alguns de seus objetivos a prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos entre lésbicas e mulheres bissexuais e de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais, denotando que já são lutas antigas no Brasil (Brasil, 2013a).

Todos esses fatores trazem à luz a necessidade de superar preconceitos historicamente construídos, a fim de possibilitar a organização de uma rede de cuidado que reconheça a pessoa em sua integralidade, com práticas que acolham suas singularidades, valorizem suas especificidades e necessidades particulares, evitando processos de invisibilização ou intervenções pautadas em estereótipos (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Ademais, como destacado na PNH, é fundamental a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, e que se tornem lugares de encontro entre essas pessoas (Brasil, 2013b), promovendo também o reconhecimento da população como pertencente àquele espaço. Ainda, para além do acesso à saúde, sabe-se que a população LGBTQIAPN+ não se sente representada nem pertencente a diversos espaços públicos no município principalmente relacionado ao conservadorismo e insegurança de ocupar tais espaços. Tais fatores levam à marginalização da comunidade, deslocando-a para periferias e/ou espaços desassistidos (Nalin; Keschner; Zanatta, 2025), demonstrando novamente como os processos históricos e sociais que construíram o município e região ainda atuam no imaginário social de forma a marginalizar populações vulneráveis, como a comunidade LGBTQIAPN+.

Ademais, de forma a ilustrar como a luta também é política, um estudo realizado com 123 profissionais de saúde da Polônia, um dos países mais restritos no que diz respeito à direitos da saúde LGBTQIAPN+ e que recentemente elegeu como presidente um político abertamente nacionalista e ultraconservador, demonstrou que profissionais com visão política mais inclinadas à esquerda tendiam a ter atitudes mais positivas, além de um preparo clínico mais adequado. Isso demonstra como profissionais de saúde não realizam as suas práticas de forma neutra sem considerarem bagagens sociais, culturais, históricas e políticas que refletem em diversas temáticas como legalização do aborto, acesso a métodos contraceptivos, uso medicinal da cannabis e uso da PrEP, uma vez que indivíduos alinhados à uma visão política de direita tendem a recomendar e apoiar menos as estratégias citadas (Karniej *et al.*, 2025).

Assim, é salutar entender como os profissionais representam tais métodos e estratégias, além de compreender de quê lugar essas representações vêm e onde estão ancoradas, para que possamos atuar de forma direcionada e efetiva.

Entretanto, em algumas falas os profissionais representam o atendimento à população LGBTQIAPN+ como comum à todos os usuários, o que pode representar um cuidado mais geral ao indivíduo não focando em visões estigmatizantes de prevenção de IST, mas também pode representar uma visão muito generalista, ancorada no desconhecimento das necessidades de saúde da população.

A princípio a gente atende normalmente, né? Igual os outros, não tem nenhum problema. (G3)

Olha, o atendimento em si é normal como todos os outros. A gente tem no sistema onde eles têm aquela divisão de nomes, né? Nome social, enfim, que é uma coisa que normalmente as pessoas usam e tem disponível, mas o atendimento em si é como se fosse qualquer um paciente. (G7)

Tais falas, embora associadas a uma ideia positiva de atendimento igualitário, acabam contribuindo para a lógica de velar o preconceito e negar as particularidades, os processos de exclusão e a própria existência da população LGBTQIAPN+. Isso pode ser caracterizado como o “Discurso da não diferença”, no qual, através da ideia de que uma suposta igualdade faria desaparecer o preconceito, em uma equação simples, lógica e socialmente correta e aceitável, o profissional acaba por negar a existência do outro (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). Outrossim, a prática de “atender igual aos outros” acaba ferindo o princípio da equidade, uma vez que ao compreender o processo histórico, social e cultural relacionado à população, é fundamental o direcionamento das práticas para um atendimento que busque superar as vulnerabilidades, que respeite as suas necessidades específicas e que reconheça as desigualdades sedimentadas ao longo da história (Costa-Val *et al.*, 2022). Tal barreira também pode ser percebida não só tratando-se da população LGBTQIAPN+, mas também da população negra, como observado no estudo realizado por Santos e colaboradores (2024), no qual um dos participantes destaca que os profissionais de saúde da UBS confundem igualdade com equidade, por terem exatamente o mesmo atendimento do que para uma pessoa não branca, ignorando características específicas de cada população.

Ainda, há um importante ponto em relação a esse tópico que é o fato de os profissionais ao narrarem que atendem a população LGBTQIAPN+ “como todos os outros”, implicam que existe um usuário padrão, ou seja, aquele inscrito pela cisgeneridade e

heterossexualidade. Ademais, essa visão pode ser erroneamente utilizada para justificar ausência de ações específicas para essa comunidade, uma vez que os sujeitos não são identificados com nome, histórias e singularidades, sendo atendidos “como todos os outros”, ferindo inclusive o princípio da equidade, como já citado (Ferreira; Bonan, 2021).

Relacionado a isso, a prática de padronizar e homogeneizar os corpos e indivíduos acaba por desconsiderar a complexidade do cuidado em contextos de diversidade e violam os direitos das comunidades que não se enquadram nos padrões socialmente estabelecidos, contribuindo para o apagamento dessas indivíduos e comprometendo a oferta de uma assistência adequada (Silva; Almeida, 2023). Ademais, o despreparo para realizar uma anamnese adequada que não considera orientação sexual e identidade de gênero como fatores importantes, leva o profissional a presumir que todo paciente é heterossexual, culminando em um ambiente desconfortável que dificulta a interação entre profissional-usuário (Oliveira; Dias, 2023). Dessa forma, valorizar a existência da diversidade e afirmá-la através de ações e estratégias específicas voltadas para esse público, desconstrói uma concepção de mundo cisheteronormativo, cotidianamente reforçado em instituições de saúde (Silva; Almeida, 2023). Nesse sentido, promover equidade para esse público significa reconhecer suas vulnerabilidades específicas, identificar as iniciativas políticas e operacionais que protegem os direitos humanos e sociais desse grupo e traçar estratégias para sua aplicação.

Já em relação ao nome social, mesmo que alguns profissionais tenham representado o seu uso como um direito a ser garantido ao indivíduo, como observado nas falas abaixo, ainda é observado que muitos reduzem o acolhimento à pessoa LGBTQIAPN+ apenas a isso.

A única coisa é o cuidado com o nome social, que é algo que é uma orientação da LGPD, que é orientado para nós com certa frequência esse cuidado. Mas além disso não tem nenhuma política, nenhuma diretriz municipal, nenhum instrumento direcionado a esse público. Cada profissional faz o seu atendimento baseado no seu entendimento, seu conhecimento, enfim, na sua abordagem individual. (G4)

O que a gente tem hoje no município é por exemplo o nome social, a gente já tem, no sistema mesmo aparece, então o paciente que tem, que ele na hora do cadastro diz que tem o nome social, a gente inclui. [...] O paciente que tem, conforme a política nacional, ele tem interesse na transição de gênero, tem toda a orientação e os encaminhamentos. (G8)

Também se a gente sabe que o paciente é, por exemplo, trans, algo assim, a gente tenta estudar um pouco antes para ter um pouco mais de conhecimento porque realmente é algo... não novo, mas tem agora outras... como é que eu posso falar? É LGBT mais um monte de siglas que a gente não tem conhecimento sobre todos, sendo bem sincera. . (G13)

Relacionado a isso, Ferreira, Batista e Bouillet (2024) discorrem que a maioria dos profissionais da APS ainda apresentam pouca competência cultural em relação à população LGBTQIAPN+, demonstrando conhecimentos insuficientes a respeito dos objetivos, orientações e implicações da PNSI-LGBT para o atendimento a esse grupo, alegando conhecerem apenas generalidades sobre o tema, frequentemente restringindo-se ao uso do nome social. Relacionado ao nome social, a utilização do mesmo foi assegurado primeiramente pela Portaria nº 233 de 18 de maio de 2010 (Brasil, 2010) e depois, em caráter mais amplo e normativo, foi assegurado pelo Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016 que garantiu às pessoas transexuais e travestis o direito de requerer, a qualquer momento, a adoção do nome social em documentos oficiais e nos registros mantidos pelos órgãos e entidades da administração pública federal, incluindo sistemas de informação, cadastros, programas, serviços, fichas, formulários, prontuários e outros documentos congêneres (Brasil, 2016b).

Ainda sobre o uso do nome social, o mesmo opera como uma das primeiras portas de entrada da população trans e não binária nos serviços de saúde, e portanto a inclusão do nome nos formulários e sistemas de informação podem contribuir para uma melhor relação entre usuários e serviço (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Ademais, o correto preenchimento do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários, bem como o respeito dos profissionais ao adotá-lo impede uma série de constrangimentos e violências, além de reafirmar o compromisso de universalidade e equidade do SUS (Guimarães *et al.*, 2020).

Entretanto, embora vários profissionais afirmem utilizar o nome social, persistem inconsistências na efetivação dessa prática nos serviços de saúde do município. Em pesquisa realizada em um município catarinense, participantes transexuais e travestis relataram que alguns profissionais se recusaram a registrar o nome social nos sistemas institucionais e, igualmente, deixaram de utilizá-lo no momento do atendimento (Lovison *et al.*, 2019), mesmo que esse já seja um direito por lei, além de ser um dos objetivos da PNSI-LGBT (Brasil, 2013a).

Ademais, como destacado na última fala, percebe-se também o despreparo dos profissionais de saúde da APS a respeito do entendimento das diversas formas de expressão de gênero e sexualidade. Tal fato já foi descrito na literatura como uma queixa relevante dos usuários, que destacam a ausência de entendimento pela equipe de saúde sobre as diversas identidades de gênero e orientações sexuais como uma barreira no acesso aos serviços, levando a uma quebra da relação terapêutica e consequente precarização do atendimento

(Oliveira; Dias, 2023). Tal fato não se resume apenas aos enfermeiros e médicos, como apresentado no presente estudo, uma vez que na literatura outras categorias profissionais relatam as mesmas dificuldades, como exposto em um estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também relatam desconhecimento das demandas em saúde da população LGBTQIAPN+, estigma e preconceitos e premissa generalista no cuidado (Ferreira *et al.*, 2019).

Relacionado a isso, observa-se que a falta de preparo e capacitação profissional decorre, em parte, da ausência de uma abordagem estruturada e contínua sobre a saúde LGBTQIAPN+ nos espaços de formação acadêmica e continuada dos profissionais de saúde, circunstância que contribui para o aprofundamento e a manutenção de preconceitos historicamente enraizados (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Portanto, cabe destacar também que as siglas não representam um grupo homogêneo, como interpretado na última fala, mas sim indivíduos com especificidades e singularidades, o que leva à necessidade da desnaturalização de imagens estáveis do que é ser lésbica, gay, bissexual, transexual, transgênero, travesti, queer, intersexo, assexual, pansexual, não binário, entre outras possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero (Ferreira; Nascimento, 2022; Ferreira; Bonan, 2021).

Ainda relacionado à primeira e à última fala, que destacam a falta de estratégias de capacitação por parte da gestão municipal, ambos os profissionais relatam que o atendimento à pessoa LGBTQIAPN+ parte de concepções e abordagens individuais, além de uma busca por informações e conhecimentos por conta própria. Apesar das falas demonstrarem esforços individuais para adotar uma postura mais acolhedora, essa prática ainda se mostra limitada e carente dos subsídios necessários fornecidos pelas políticas públicas de saúde vigentes.

A respeito disso, cabe destacar que, mesmo que a busca por informações e aprimoramento profissional seja fundamental, essa deve ser realizada em fontes científicas e confiáveis, garantindo uma prática baseada em evidências. Entretanto, ainda são comuns profissionais de saúde com pouco conhecimento sobre temas de sexualidade e gênero que buscam informações em fontes não confiáveis e não científicas, gerando colocações e estratégias inadequadas que dificultam a consolidação de um vínculo com o paciente. Além disso, diversos profissionais transferem aos pacientes a responsabilidade de instruí-los sobre essa temática, o que compromete a confiança destes nas orientações e decisões terapêuticas, ao mesmo tempo em que os coloca em uma posição de educadores em um ambiente que deveria ser totalmente voltado ao seu cuidado, operando como um fator de estresse adicional

(Ferreira; Batista; Bouillet, 2024).

Nesse sentido, é notória a fragilidade do ensino superior em relação à saúde da população LGBTQIAPN+, desenvolvendo profissionais que não estão capacitados e preparados para o atendimento a esses indivíduos. Sobre isso, embora a diversidade sexual esteja prevista no currículo proposto pelo Ministério da Educação desde a década de 1990, ainda é comum encontrar universidades que não adaptaram seus programas de forma a tratar o tema de maneira obrigatória, restringindo-o a disciplinas optativas ou, em alguns casos, sequer abordando-o. Entretanto, observa-se um movimento da sexualidade como um tema de debate no ensino superior principalmente relacionado a grupos de pesquisa e extensão, palestras, eventos, entre outras ações, que possibilitam um espaço de diálogo para abordar essas questões nas universidades (Guimarães *et al.*, 2020).

Outrossim, no âmbito do território estudado, o novo Plano Municipal de Saúde Gestão 2026 a 2029 afirma que os profissionais da APS recebem formação para qualificar o acesso da população LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde, além de discorrer em uma página e meia sobre o atendimento à essa população ainda focado apenas na saúde sexual e reprodutiva, limitando-se à disponibilização de PrEP e PEP, e no cuidado em saúde mental. Ainda, na matriz de planejamento surgem algumas ações voltadas para a população como metas para a próxima gestão, como a elaboração e implantação de um Protocolo Municipal de Equidade em Saúde, algo que os profissionais e gestores relataram sentir falta, além de ações intersetoriais de combate à discriminação, bem como capacitação de 100% das equipes da APS sobre a população LGBTQIAPN+, incluindo aspectos clínicos, legais e éticos, para um atendimento humanizado e sensível às diversidades (Chapecó, 2026a). Ademais, na Programação Anual de Saúde do ano de 2026, foi citado o fortalecimento da PNSI-LGBT por meio do matriciamento das equipes de saúde (Chapecó, 2026b).

Entretanto, o que percebe-se na prática é apenas o incentivo ao uso do nome social, sem a qualificação necessária para o atendimento direcionado a esses indivíduos. Além disso, percebe-se uma fragilidade na apropriação das diretrizes da PNSI-LGBT, uma vez que não há, por exemplo, a produção de dados para formulação de indicadores sobre morbimortalidade e de acesso da população aos serviços, o que dificulta no diagnóstico situacional e, por conseguinte, na compreensão das reais necessidades, refletindo em um planejamento ainda muito vago e generalista, focado apenas na capacitação de profissionais, sem pensar, por exemplo em ações estratégicas de incentivo ao acesso. Ademais, percebe-se que há uma fragilidade relacionada também à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma

vez que o município não se compromete de forma efetiva em identificar as reais necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem o cuidado (Brasil, 2004b).

Tal fato também já foi identificado e discutido em outros municípios brasileiros como em Ouro Preto no estado de Minas Gerais, no qual os autores entrevistaram 15 profissionais da APS e perceberam que não há interesse no reconhecimento das particularidades da população LGBTQIAPN+, baixo fomento de políticas e ações locais que consumem a proposta nacional e pouco engajamento efetivo na construção de formas de cuidado que possam verdadeiramente acolher as diferenças (Costa-Val *et al.*, 2022).

Diante disso, percebe-se que o discurso de inclusão, sem qualquer contexto e descrição das especificidades e necessidades reais da comunidade, é apenas um discurso simbólico e não uma estratégia intencional. Essa perspectiva nos leva ao conceito de *tokenismo*, o qual configura-se como à falsa inclusão da diversidade, que mascara práticas violentas e de invisibilização da comunidade, não atendendo ao real propósito que se dispõe, que seria de diminuir a marginalização dos sujeitos (Procópio; Vieira Filho, 2025). Todas essas barreiras apontam para os desafios persistentes de gestão na implementação da PNSI-LGBT nos municípios, refletido pelo desinteresse em realizar ações que contribuam para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente relacionado à equidade, o que leva à responsabilidade do profissional da ponta buscar, ou não, conhecimento a respeito do tema. Tudo isso gera a perpetuação das violações de direitos e traz luz ao fato de os gestores ainda não estarem de fato sensibilizados sobre a necessidade de atendimento das especificidades e necessidades dessa população que deveriam acessar os serviços que estão sob sua gestão (Costa; Hennington, 2023).

Entretanto, essa não é apenas uma fragilidade brasileira, uma vez que no Reino Unido ao analisarmos as estratégias dos 42 Sistemas Integrados de Cuidados (*Integrated Care Systems*) implementados no ano de 2022 com o objetivo de melhorar o cuidado e reduzir desigualdades, apenas uma parcela cita a população LGBTQIAPN+. Ainda, considerando as 22 estratégias que citam a comunidade, apenas 25% contextualizam as necessidades da população, além de apenas quatro estratégias fazerem referência às violências sistemáticas que esse grupo sofre, como homofobia e transfobia. Ademais, oito citam de alguma forma pessoas trans, enquanto que pessoas intersexo não são citadas (Braybrook *et al.*, 2025).

Ainda quando tratamos de gestão, é salutar discutirmos como a conquista de direitos e avanços não é totalmente garantida quando, por exemplo, a PNSI-LGBT é instituída, uma vez

que a efetiva execução dessas políticas enfrentam múltiplas barreiras e podem emudecer face à gestão presidencial, estadual/distrital e municipal. As desigualdades socioeconômicas e culturais brasileiras somadas à orquestração de grupos conservadores que se articulam em uma ofensiva contra os direitos de populações LGBTQIAPN+ como uma política de Estado, configuram-se como fatores de risco para a plena concretização de projetos ligados à busca por mais equidade. Portanto, mais do que assegurar a existência formal da Política, torna-se essencial compreender o território como um espaço de construção coletiva, atravessado por materialidade histórica e social, no qual múltiplas relações e disputas de poder se articulam e se manifestam, influenciando continuamente sua dinâmica social e política (Ferreira; Nascimento, 2022).

Sobre isso, no contexto regional é fundamental citar o papel da União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNA LGBT) de Chapecó como um movimento de resistência que centra esforços em maior visibilidade, sociabilidade, formação política e reivindicações de direitos no município. A criação da organização em Chapecó se deu no ano de 2016 atrelada, principalmente, com as lideranças que buscavam uma maior representatividade do movimento no interior do estado de Santa Catarina, para além da capital Florianópolis. A implementação do movimento LGBTQIAPN+ na região possibilitou a consolidação das Paradas na região Oeste, a qual é marcada pelo conservadorismo, além de possibilitar a discussão de temas relativos à luta em espaços acadêmicos. Tal fato pode ser ilustrado pela fala do profissional de saúde a respeito do papel da UNA na divulgação da PrEP na região:

Eu acho que assim... tem a UNA também que foi uma das divulgadoras [da PrEP] também para o mundo gay. Como a maioria dos nossos pacientes são LGBT, então acho que a UNA também favoreceu. (A5)

Ainda, outra forma de resistência encontrada na UNA ancora-se na ocupação dos espaços e expressão pública, como manifestações na rua, performances artísticas e denúncia de desigualdades e violências, o que demonstra que as condições de vulnerabilidades das populações podem ser forças propulsoras para a criação de coletivos que resistam a isso (Cattani; Lago; Vargas, 2021).

Ademais, outra questão levantada pelos profissionais e gestores (as) foi a questão de não reconhecerem usuários LGBTQIAPN+ nas suas unidades de saúde, principalmente por serem serviços localizados em regiões interioranas.

A minha unidade é bem de interior. Eu acho ainda assim que tem muito preconceito por parte da população. As pessoas tendem a esconder para não ser vítimas de preconceito, né? Então lá no interior onde eu trabalho... casais, pessoas que tem algumas características diferenciadas, vem morar para cidade e lá quase não se comenta. Eu tenho muito poucas pessoas que estão agora aos poucos se demonstrando com características LGBTQIA+. (G11)

Eu moro e trabalho em uma área rural e aqui o paciente geralmente não são assim declarados. Eu sei que eu tenho um paciente que ele parece ser homossexual. Mora com alguém, mas ele não assume. Mas a gente sabe. [...] Aqui não é comum, não é corriqueiro, eu já te falo, não é corriqueiro, pode acontecer porque às vezes vêm pessoas de fora, ou pessoas que não se assumem e do nada quer se assumir, mas não é comum. Pessoa lesbica não tenho também. Trans também não. (A11)

Diante das falas é possível perceber uma representação da população LGBTQIAPN+ ainda muito ancorada em concepções do senso comum, baseado em comportamentos individuais que os profissionais associam com esse grupo. Ademais, também percebe-se um discurso relacionado ao território como uma barreira de acesso. Relacionado ao assunto cabe destacar que regiões rurais, por vezes, representam um território de maior preconceito contra a população LGBTQIAPN+, além de, geralmente, os profissionais de saúde fazerem parte do convívio social dos pacientes. Ambos os fatos podem levar ao receio do usuário de expor a sua orientação sexual ou identidade de gênero e sofrer discriminação no seu meio social (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024). Além disso, a não identificação dessa população nos serviços pode estar relacionada não apenas à menor busca por atendimento, mas também à forma como os profissionais constroem suas percepções. Quando essas percepções se ancoram em estereótipos e desconsideram a orientação sexual e a identidade de gênero como dimensões relevantes da consulta, contribuem para a invisibilização desses sujeitos no cuidado em saúde.

Sobre isso, é importante destacar também a população LGBTQIAPN+, em muitos momentos, esconde sua orientação sexual e identidade de gênero na tentativa de serem mais bem recebidos e atendidos nos serviços de saúde (Ferreira; Bonan, 2021) e, portanto, utilizar apenas da aparência para identificar um usuário leva não só a processos estigmatizantes, como também a ineficiência do atendimento. Ademais, a perspectiva identificada nas falas de que o território não possui usuários LGBTQIAPN+ também pode ser erroneamente utilizada como justificativa para ausência de ações voltadas a esse público nas unidades (Ferreira *et al.*, 2019).

Diante do que foi apresentado, fica claro que a qualidade do acesso deve ser entendida de forma ampla e integrada, considerando múltiplas dimensões que envolvem aspectos sociais

e políticos, necessariamente incorporados nas formulações e na execução de políticas de saúde. Isso inclui fatores como oferta e disponibilidade de serviços, facilidade de acesso, acolhimento humanizado, reconhecimento das necessidades da população e sua aceitação das ações propostas, sempre com o objetivo de garantir a resolutividade do cuidado em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (Maciel *et al.*, 2024).

Nesse sentido, destaca-se o papel da PNH como diretriz fundamental para a qualificação das práticas em saúde, ao propor o fortalecimento do acolhimento, da escuta qualificada, da valorização dos sujeitos e da construção de vínculos entre usuários e profissionais, enfatizando a corresponsabilização e o respeito às singularidades, elementos essenciais para a efetivação de um cuidado integral e equânime (Brasil, 2013b). De forma complementar, a PNSI-LGBT reafirma o compromisso com a superação das desigualdades históricas vivenciadas por essa população, ao reconhecer as especificidades de suas demandas e instituir diretrizes voltadas à eliminação da discriminação institucional, à promoção da equidade e à garantia do acesso universal, integral e humanizado aos serviços de saúde (Brasil, 2013a).

A partir disso, entende-se que as violências, negações, negligências e invisibilidade que a população LGBTQIAPN+ sofre nos serviços de saúde estão ancoradas em perspectivas estruturais, simbólicas e políticas, que se sustentam e se retroalimentam por diversas formas de discriminação, em uma perspectiva interseccional que permeia as relações sociais e se reflete também nos serviços de saúde. Tais fragilidades evidenciam, inclusive, desafios na efetivação das diretrizes preconizadas tanto pela PNH quanto pela PNSI-LGBT, revelando lacunas entre o que é normatizado e o que se concretiza no cotidiano dos serviços. Por fim, torna-se salutar compreender quais são os fatores facilitadores que podem culminar em estratégias de superação das fragilidades discutidas, de forma a promover uma cidadania plena da população LGBTQIAPN+ e, por conseguinte, o acesso a uma saúde integral, equânime e humanizada nos serviços da rede municipal, em consonância com os princípios e diretrizes dessas políticas públicas.

5.3.4 **“Poder viver sem receio”**: potencialidades e estratégias de superação

Neste tópico, o objetivo será interpretar as representações dos participantes a partir de uma ótica de identificação de potencialidades e, posteriormente, de estratégias de superação das barreiras mencionadas e discutidas durante todo o trabalho e de modificações de

concepções do senso comum.

Um dos principais potenciais identificados foi o fato dos profissionais da saúde, principalmente do SAE, e gestores (as) representarem a PrEP como um avanço, uma revolução e algo, de modo geral, bom para a população, como ilustrado nas falas a seguir:

Eu enxergo como uma revolução. [...] É uma evolução gigantesca assim pra saúde pública, para esse grupo que está mais exposto, é uma nova tecnologia que vêm para auxiliar. [...] A PrEP vem para revolucionar, pra gente realmente fechar uma barreira, para que a gente repense esses riscos desse paciente. (G12)

Eu acho que tem um grande benefício, né, para a pessoa que tá disposta. [...] Porque se o paciente é bem informado, orientado, encaminhado, é um instrumento perfeito ali pro uso, para prevenir essas doenças. (G10)

Eu entendo que é uma política eficaz e ela é baseada em evidências. Então, isso é muito claro para nós. Mas eu vejo como ela contribui muito para ampliar o acesso à prevenção especialmente das populações com maior vulnerabilidade. [...] Eu vejo ela também como uma política que acaba fortalecendo ainda mais a universalidade, a equidade, enfim, melhora o acesso, porque tu tá ofertando uma opção a mais pro usuário, né? Basta nós qualificar esse processo. (G4)

Eu vejo ela como uma qualidade de vida. Então, o usuário, ele poder ter a sua escolha sexual, a sua liberdade e estar prevenido, estar com o corpo, com a prevenção dentro dele é trazer qualidade de vida para ele e para outras pessoas. (G1)

Porque acaba diminuindo o custo, o impacto social, porque não é só o vírus o que ele traz, né, em condições de saúde, mas também o psicológico de conviver, o estigma que tem com o HIV, então, a gente sabe que a medicação vai livrar eles desse impacto. [...] Então acho que é um impacto em todos os sentidos, na questão da saúde, social, psicológico deles, de ter essa segurança, principalmente aqueles que são mais expostos. Então, acho que traz uma segurança para eles no dia-a-dia deles, ficam mais confiante, mais seguros. Eu acho que isso impacta todos os sentidos na vida deles (A3)

As pessoas têm mais segurança na relação, ficam mais seguras. E acho que quando a pessoa tá mais segura, ela também vai ser uma pessoa potencial para estar divulgando para outras pessoas. [...] Acho que é um grande avanço na saúde pública. Então, as pessoas que fazem uso, acho que tem que se sentir privilegiadas por estarem tomando uma medicação, sendo acompanhada por profissionais e que estão ali prevenindo doenças e de repente eliminando essa doença aí que não tem cura... tão temida por todos. (A5)

Hoje trabalhando na atenção básica, na atenção primária, eu acho que a gente tem que estar sempre buscando a prevenção e eu vejo que com certeza é um ganho muito grande, pensando que o HIV é uma doença hoje sem cura. (A9)

Eu considero que é algo bom, é positivo. (A11)

Além disso, os usuários também representaram a PrEP como uma segurança, e uma estratégia que permite maior liberdade e tranquilidade para vivenciar a sua sexualidade, além de uma conquista.

E toda vez assim, era aquele desespero na hora de tirar sangue, sabe? Sempre ficava muito com medo. Hoje em dia eu vou bem tranquilo. [E você sente que você ficou

mais tranquilo depois que começou a usar PrEP?] Fiquei muito mais, nossa muito mais. Me sinto seguro. (U1)

Uma segurança a mais. Antes quando não existia ou quando não era disponibilizada no SUS existia um risco maior de HIV e também eu sinto assim... que eu tenho 36 anos, eu sou LGBT desde muito tempo, vivi diferentes momentos enquanto LGBT. Quando eu era adolescente ou jovem adulto, além de não existir de nenhuma forma, os tratamentos eram bem diferentes. Eu peguei uma época que o HIV era uma sentença de morte, não tinha essa opção de controle da doença, então eu acho que os tratamentos mais modernos foram aumentando a segurança e a PrEP também (U2).

[..] Hoje é segurança, se eu fosse escolher uma palavra assim, segurança. E é uma conquista também, porque comparada a toda a história do HIV, desde lá dos anos 80, todo aquele caos... a PrEP é assim, maravilhosa, maravilhosa. (U4)

Para me sentir mais à vontade, com mais qualidade de vida, poder viver sem receio. [...] Eu acho que isso [PrEP] representa qualidade de vida. Não só para mim, mas para toda a população. [...] A melhoria da vida, para a pessoa poder viver com mais tranquilidade, poder ser mais feliz. [E quando você diz qualidade de vida, o que você quer dizer com isso?] A pessoa tem mais liberdade sexual, viver menos sob pressão psicológica, ter mais responsabilidade social mesmo, não só com o próprio corpo mas com o corpo das outras pessoas e com a saúde não só própria, mas pública. Porque todos os meus amigos também são conscientes, entendem o medicamento, entendem tanto o funcionamento, quanto o valor social, né, o valor simbólico do que a PrEP representa. (U5)

Não só para mim, mas para todo mundo representa segurança, sabe?. (U6)

É um alívio sabe, caso vir acontecer alguma coisa, alguma exposição, a gente fica com consciência mais limpa e não tão pesada. É uma revolução. (U8)

Nas falas acima é possível compreender que os profissionais de saúde e gestores (as) representam a PrEP como uma estratégia eficaz e segura, ancorada na ideia de revolução e avanço na saúde pública. Cabe ressaltar que tais falas não foram identificadas com tamanha frequência entre os profissionais assistenciais da APS, sendo citado de forma bem mais ampla e generalizada, como ilustrado pela última fala. Entretanto, quando questionados, diversos gestores (as) afirmaram que a implementação da PrEP foi bem recebida na APS.

Essa recepção foi bem boa, tá?. (G12)

Então acho que foi bem legal, assim, foi bem aceito. (G5)

Foi recebido de forma muito positiva. Eles [profissionais assistenciais] entenderam que era uma.. assim como toda a rede, a atenção básica também, entende-se que é uma prevenção a mais, o que não elimina a necessidade de uso de outro dos métodos, mas é uma preocupação a mais para evitar a transmissão do HIV e foi extremamente positiva tanto para o SAE quanto para a atenção básica. (G2)

Essa contradição pode ser explicada pelo fato de os profissionais assistenciais da APS não terem tanto contato com a profilaxia, além de sentirem-se receosos devido à falta de qualificação profissional sobre a temática. Ainda, mesmo que não tenham sido identificados

os mesmos aspectos de profissionais do SAE e gestores (as) da APS relacionado ao reconhecimento do valor simbólico da PrEP, por exemplo, identifica-se nos profissionais assistenciais uma motivação para capacitação profissional e qualificação do acesso, além de uma profissional também ter reconhecido o papel da universidade nesse processo.

Se eu não tivesse estudado por conta, eu não sabia nada sobre, não conheceria nada sobre. E eu acho que essa capacitação está fraca.. (A11)

Acho que precisaria pelo menos assim, uma vez no ano, porque entra muito profissional novo e a gente às vezes não sabe tudo. O que a gente sabe é o que a gente vê nos protocolos, o que a gente sabe do boca a boca. [...] Eu acho que o primeiro passo seria capacitar os profissionais, porque já começa daí que às vezes os profissionais até veem que tem uma pessoa com risco de desenvolver, mas acaba que não orienta. Às vezes desconhece essa prática, não entende bem e acaba perdendo ali um paciente que talvez usaria, e teria um bom resultado. (A10)

E também a questão da pouca divulgação que existe também no município. Não é falado sobre isso. Não se fala sobre isso. Não se fala. Eu tô aqui faz 3 anos no serviço, eu nunca fui numa capacitação que falasse sobre PrEP. (A8)

Eu acho que sempre você fazer uma reciclagem sobre alguma coisa é importante, independente do assunto assim. Então, sobre a PrEP, o funcionamento, a entrega, a logística, tudo isso, eu acho que sempre é bom a gente rever como que é, às vezes mudou também um pouco o fluxo. Então, eu acho que é bem válido fazer. (A7)

Eu recebo sempre acadêmicos do estágio supervisionado da décima fase, então os acadêmicos acabam me trazendo muita coisa. E daí a gente discute, conversa, pesquisa, busca. Eles, inclusive, às vezes, me dão esse toque porque tão dentro da academia, né? Eu não tive isso na minha formação, então, para mim eu tô inserindo, mas eles já vêm com isso, então a gente vai discutindo e buscando dessa forma. (A6)

Esses aspectos também já foram demonstrados em outros estudos, nos quais profissionais de saúde, principalmente da APS, sentem-se despreparados para o atendimento relacionado à PrEP, e portanto, consideram a capacitação profissional como algo fundamental, não só relacionado aos aspectos técnicos também às habilidades necessárias para atender esse público (Pimenta *et al.*, 2022; Oliveira; Grisotti, 2025). Sobre isso, na literatura, profissionais de saúde que relataram não ter necessidade de participar de treinamentos e cursos ou a necessidade de atividades com profissionais mais experientes para atuar no manejo da PrEP apresentaram associação estatisticamente significativa com a falta de disposição para prescrever PrEP (Lamônica *et al.*, 2023). Portanto, a motivação apresentada pelos participantes do presente estudo configura-se como uma grande potencialidade para mudança.

Relacionado a isso é fundamental citar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída no ano de 2007 por meio da Portaria nº 198/GM, a qual prevê a identificação de necessidades de formação e desenvolvimentos dos profissionais, construção

de estratégias e processos de qualificação, e a transformação das práticas de saúde (Brasil, 2004b). Ainda, a Educação Permanente em Saúde (EPS) entende o processo de trabalho como algo fundamental para a aprendizagem e reconhece a produção de novos conhecimentos a partir de discussões e análises conjuntas (Jesus; Rodrigues, 2022). Ademais, a Política propõe que a capacitação dos profissionais tenha como referência as necessidades reais de saúde da população, entendendo também a EPS como uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano (Brasil, 2004b).

Frente ao exposto, ações de capacitação profissional relacionadas à PrEP são fundamentais para que os profissionais qualifiquem o atendimento, mesmo que a profilaxia não seja dispensada na APS, de forma a qualificar o reconhecimento dos critérios para o uso, na abordagem do usuário, entendimento da profilaxia entre outros aspectos fundamentais para a transformação das práticas. Sobre isso, experiências nacionais positivas de capacitação profissional a respeito da PrEP são descritas na literatura, reforçando resultados positivos para a qualificação do atendimento (Bessa *et al.*, 2024; Araújo, 2024). Além disso, é fundamental que a capacitação seja acompanhada de outras temáticas, uma vez que a não prescrição da PrEP está associada também com a relutância em prescrição da PrEP, por exemplo, o que destaca a importância do treinamento em prevenção combinada, como um todo (Lamônica *et al.*, 2023).

Além disso, estratégias de capacitação têm sido associadas ao aumento da prescrição da profilaxia por profissionais da atenção primária. Nesse sentido, Lumsden e colaboradores (2022), após realizarem ações de qualificação do atendimento com profissionais da atenção primária, observaram que a proporção de profissionais que passaram a prescrever a PrEP aumentou de 9,2% para 33,4%. Ao final do estudo, verificou-se ainda que a maioria dos usuários que receberam a prescrição do medicamento foi atendida por profissionais desse nível de atenção. Ademais, os autores ressaltam que, mesmo antes da intervenção, os profissionais já demonstravam interesse e abertura para o aprendizado, sendo que as ações de capacitação contribuíram para fortalecer esse processo (Lumsden *et al.*, 2022). Diante disso, cabe ressaltar que é fundamental aproveitarmos o momento em que os profissionais de saúde estão abertos para ações de qualificação, para que possamos construir de forma conjunta uma política eficaz e, conseqüentemente, um cuidado integral e mais equânime no município.

Cabe destacar que o fato de existir um serviço especializado no município também faz com que a gestão não realize a qualificação dos profissionais da APS de forma contínua, o que fragiliza todo o fluxo de atendimento da PrEP, uma vez que a atenção primária possui um

papel fundamental como porta de entrada no serviço. Sobre isso, a APS pode ser um potencializador da implementação da estratégia no SUS, mesmo em municípios que esse serviço é centralizado no SAE, devido à sua abrangência, capilarização e vínculo com o usuário que permite a identificação de indivíduos que podem se beneficiar da estratégia (Gonçalves Junior; Matos, 2025). Entretanto, o cuidado em rede e acesso à PrEP depende diretamente do conhecimento e capacitação dos profissionais sobre critérios de elegibilidade, benefícios, efeitos colaterais e atualizações de diretrizes e recomendações do MS (Silva; Coutinho, 2025), além de, apesar de se tratar de uma estratégia biomédica, sua implementação, aceitação e adesão estão inseridas no contexto das relações sociais, envolvendo diversos fatores como conhecimentos, atitudes, valores e relações de poder (Lamônica *et al.*, 2023). No município, ao analisarmos o Plano Municipal de Saúde – Gestão de 2026 a 2029 – e a Programação Anual de Saúde do ano de 2026, não há menção da PrEP em ambos os documentos, portanto, estratégias de qualificação do acesso e atendimento não estão previstas (Chapecó, 2026a; Chapecó, 2026b).

Nesse sentido, reconhece-se que a atitude dos profissionais de saúde exerce influência direta sobre a decisão pelo uso da PrEP, podendo tanto facilitar ou dificultar seu acesso e somado a isso, tem-se o fato de que muitos indivíduos com maior potencial para utilizar a profilaxia não frequentam os serviços de saúde, por diferentes razões já discutidas. Diante desse cenário, um dos desafios para a implementação da PrEP está na predominância de ações preventivas com caráter normativo e prescritivo nos serviços, marcadas por abordagens tecnicistas que dificultam a compreensão das dimensões contextuais e das práticas que permeiam a forma como as pessoas vivenciam suas relações, sua sexualidade e o cuidado com a própria saúde e portanto, as estratégias de qualificação do acesso são fundamentais (Zucchi *et al.*, 2018).

Outrossim, no que diz respeito à qualificação de acesso, é essencial discutirmos o acesso das populações mais vulneráveis, não necessariamente apenas à PrEP, como nos serviços de saúde como um todo. Sobre isso, como discutido no tema anterior, os profissionais e gestores (as) do município, principalmente da APS, ainda não estão preparados para o atendimento à população LGBTQIAPN+. Sobre isso, devemos considerar que os trabalhadores da saúde também são influenciados por contextos políticos, históricos e sociais e isso influencia diretamente nas suas práticas, portanto, os mesmos podem (re)produzir as normatividades de gênero e sexualidade e suas opressões através de práticas discriminatórias, invisibilização das demandas de saúde e assistência não qualificada, ou então realizar o

inverso, a partir de uma prática emancipadora com redução das desigualdades (Abade; França; Souza, 2022). Dessa forma, diante dos preconceitos ainda vivenciados pela comunidade LGBTQIAPN+ e das barreiras de acesso ainda impostas, é fundamental estratégias de capacitação relacionadas a essa temática.

Relacionado a isso, o Plano Nacional de Saúde (2024 - 2027) determina como estratégias para a promoção do acesso à saúde da população LGBTQIAPN+ o combate a discriminação e o preconceito no sistema de saúde, o aperfeiçoamento dos profissionais da atenção primária para o atendimento sensível à diversidade de gênero e orientação sexual, a ampliação a oferta de ações de prevenção e promoção da saúde e o desenvolvimento de pesquisas e estudos epidemiológicos sobre a saúde LGBTQIAPN+. Dessa forma, visa aprimorar o cuidado em saúde, fortalecer a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, bem como enfrentar as discriminações e desigualdades relacionadas à raça/etnia, gênero, região e condições sociais (Brasil, 2024a).

A sensibilização sobre o atendimento à população LGBTQIAPN+ deve ser inserida pela gestão nas rotinas dos serviços de saúde, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados e eliminar a discriminação institucional. Além disso, é fundamental a qualificação relacionada ao atendimento das necessidades específicas de cada grupo, como por exemplo o uso do nome social para pessoas trans e não binárias, a sensibilização em relação ao exame citopatológico por mulheres que têm relações com outras mulheres e homens trans, entre outros. Além disso, capacitação e qualificação profissional a respeito da comunidade está associada a uma melhora na qualidade do atendimento e redução de desigualdades (Karniej *et al.*, 2025). Ademais, médicos de família e comunidade são vistos, em geral, como mais receptivos à comunidade LGBTQIAPN+ além de oferecerem um cuidado mais compreensivo, tolerante e integral, o que reforça também o papel desses profissionais na expansão do acesso à APS por essa população (Ferreira; Batista; Bouillet, 2024).

Ademais, é importante ressaltar que na literatura ainda identifica-se uma resistência em relação a novos conhecimentos e discussões acerca de sexualidade e gênero por parte dos profissionais da saúde. Isso pode se dar devido ao fato de que, historicamente, a qualificação dos processos da enfermagem, principalmente, favoreciam o aprimoramento apenas de habilidades técnicas, conceito ainda muito enraizado em diversos profissionais (Silva *et al.*, 2025a). Dessa forma, a discussão dessas temáticas nas instituições de ensino superior durante a formação profissional é essencial para a desconstrução de preconceitos que contribuem para consolidar o despreparo dos profissionais nos serviços, o que prejudica a relação de vínculo

com o usuário e, por conseguinte, impõe mais barreiras de acesso (Guimarães *et al.*, 2020). Portanto, torna-se salutar mudanças curriculares nos projetos pedagógicos dos cursos de saúde que considerem questões de gênero e sexualidade, para que os profissionais insiram-se no mercado de trabalho já como agentes de transformação em seus espaços (Ferreira; Nascimento, 2022). Diante disso, é fundamental também que as práticas de cuidado dos profissionais não devem ser pautadas apenas em competências técnicas, mas sim devem incluir o acolhimento, formação de vínculos, subjetividades e escuta atenta (Ferreira *et al.*, 2019).

Entretanto, aulas meramente expositivas não são o suficiente para mudar esse cenário, uma vez que são pouco eficientes na sensibilização dos acadêmicos e profissionais, e portanto faz-se necessário o investimento em metodologias dialógicas e participativas (Costa-Val *et al.*, 2022). Para Paulo Freire (1996), o processo de aprendizagem não ocorre quando o estudante apenas recebe conteúdos de forma passiva. Ao contrário, a aprendizagem se fortalece quando o educando mantém ativa uma curiosidade voltada à compreensão crítica do conhecimento — chamada por ele de “curiosidade epistemológica”. Assim, a abertura e disposição dos profissionais em aprender, inclusive com os pacientes, é fundamental para a ruptura das hierarquias e a transformação das subjetividades e práticas profissionais (Costa-Val *et al.*, 2022).

Para alcançar esse objetivo, é fundamental criar ambientes democráticos e plurais, nos quais estudantes, profissionais, gestores (as), usuários e representantes de diferentes setores da sociedade possam contribuir conjuntamente para a produção de conhecimentos capazes de transformar, de forma concreta, a realidade das práticas de cuidado e assistência (Costa-Val *et al.*, 2022). Ademais, ter experiência prévia trabalhando com membros da população LGBTQIAPN+ e atendendo pacientes da comunidade, além de maior contato durante a graduação, tendem a levar a uma melhor interação com o paciente, melhores resultados clínicos e criação de vínculo, portanto esse contato é fundamental (Karniej *et al.*, 2025).

Desse modo, reconhecendo a plena cidadania da população LGBTQIAPN+ deve-se pensar na convivência entre essa comunidade e os profissionais, uma vez que as transformações das práticas de saúde também dependem das transformações no modo de pensar e agir dos profissionais (Silva *et al.*, 2021). Sobre isso, destaca-se novamente a atuação da UNA LGBT na região que pode servir como um importante elo entre a sociedade civil e os serviços de saúde municipais, uma vez que em conjunto, podem construir uma política eficaz de saúde integral à população LGBTQIAPN+ por meio de integrações que qualifiquem o

acesso e o atendimento dos profissionais, assim como já configura-se como um importante divulgador da PrEP no município.

No que tange ao atendimento nos serviços de saúde, de forma a não perpetuar a discriminação institucional, é fundamental primeiramente o acolhimento do indivíduo, que se dá nos modos de escutas, maneiras de lidar com o não previsto e nos modos de construção de vínculos (Abade; França; Souza, 2022). Sobre isso, a PNH, lançada no ano de 2003, já prevê o acolhimento como uma de suas diretrizes, sendo o ato de reconhecer como legítimo o que o usuário traz ao profissional, a partir de uma escuta qualificada que assegura aos usuários o acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades (Brasil, 2013b). Outro marco importante para a humanização do atendimento foi a inclusão, no ano de 2025, da atenção humanizada como um princípio do SUS (Brasil, 2025b). Sobre isso, quando discutimos sobre escuta qualificada e humanização, o ser capaz de ouvir é tão significativo quanto entender, e a partir daí constrói-se uma relação de diálogo e de confiança, que reafirma o cuidado humanizado enquanto uma política que de fato orienta a assistência em saúde e faz-se respeitar e garantir os direitos (Silva; Almeida, 2023).

Ainda, ao utilizar essa tecnologia-leve com a comunidade LGBTQIAPN+ é importante que não seja presumida a identidade de gênero e orientação sexual do usuário, a partir de concepções estereotipadas. Sobre isso, Abade, França e Souza (2022) sugerem que o profissional substitua expressões com indicação de gênero, por expressões neutras, como por exemplo: substituir “Como posso ajudar o(a) senhor/senhora?” por “Como posso lhe ajudar?”; “A(O) mulher/homem que está entrando” por “A pessoa que está entrando”; “Você tem esposo/esposa?” por “Com quem você se relaciona?”. Isso pode ser ampliado também para outros elementos como por exemplo trocar o “preservativo masculino” e “preservativo feminino” para “preservativo externo/peniano” e “preservativo interno/vaginal”, respectivamente. Além disso, de forma a evitar uma situação de violência para com pessoas trans e não binárias deve-se iniciar qualquer atendimento perguntando ao paciente como ele prefere ser chamado.

Após esse primeiro contato, os autores sugerem especificamente para enfermeiros, que durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem deve-se sempre incluir as questões sobre orientação sexual e identidade de gênero, começando pelo histórico de enfermagem no qual as informações devem ser registradas para serem utilizadas nas etapas seguintes. A partir disso, o profissional de saúde deve ter em mente durante a condução do atendimento que cada grupo da população LGBTQIAPN+ possui sim suas especificidades de

saúde, entretanto também necessitam de um atendimento ampliado, considerando que possuem todas as necessidades em saúde, e portanto necessitam de todos os cuidados de promoção, prevenção, assistência e recuperação, como atualizar o calendário vacinal ou receber orientações sobre alimentação saudável. Deve-se ter em mente que a adoção desses procedimentos demonstram que o profissional de saúde não pressupõe que todos os indivíduos seguem a norma cisheteronormativa, e portanto, reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes sociais de saúde que devem ser considerados durante o seu atendimento (Abade; França; Souza, 2022).

Ainda, na atenção primária as práticas profissionais assumem papel central, especialmente no contexto do trabalho em equipes territorializadas, que exige uma compreensão ampliada do território e do contexto em que se desenvolve o processo de saúde-adoecimento-cuidado, incluindo os problemas, as necessidades e as diferentes situações de saúde da população. Portanto, esses serviços podem se aproximar de forma mais direta da população em vulnerabilidade, por meio do vínculo e humanização (Ferreira; Bonan, 2021). Relacionado a isso, ainda em agosto de 2021, o MS ampliou a prescrição e a oferta da PrEP para diversos pontos da RAS, incluindo a APS (Brasil, 2024b), entretanto no município a PrEP ainda é um serviço centralizado no SAE. Sobre isso, diversos gestores (as) trouxeram à luz a necessidade da descentralização do oferecimento da PrEP, além de também citarem como exemplo outras cidades onde isso já ocorre.

Olha, eu acho que uma fragilidade é a PrEP estar centralizada. Acho que isso de fato é uma fragilidade. [...] Seria bastante interessante que isso fosse algo descentralizado, que a gente tivesse essa medicação disponível nas unidades básicas de saúde, ou pelo menos nas que tem farmácia com a presença do farmacêutico. [...] E eu entendo que a gente tem uma rede bem estruturada também enquanto atenção básica [...]. Então, a gente poderia ofertar isso em mais pontos, não somente de forma centralizada. (G2)

[E quais são as fragilidades que você percebe na implementação da PrEP no município hoje?] De ter só um lugar. Porque às vezes tem pacientes que não tem condições de ir até lá todo mês, ou ganham a receita aqui e não vão. Ou ganham a orientação de ir e não vão porque é longe. Então talvez, ou fazer mais uma central, mais perto das unidades aqui da [nome do bairro] que é mais distanciado, ou talvez uma farmácia que fornecesse depois do primeiro acompanhamento no SAE, ajudaria bastante. (G7)

Tudo que é relacionado ao HIV, é um tema ainda muito velado no município. Que que eu percebo? Ninguém pode falar sobre o assunto e tudo é centralizado para o SAE. Então, tanto o uso da pré-exposição, quanto o uso da pós-exposição, quanto aos pacientes já com diagnóstico, tudo é manejado no SAE. E a APS fica de fora de todo esse sistema. [...] Eu acho que dificuldade de acesso, porque quanto mais perto da comunidade melhora, então a gente cerceia o acesso dos pacientes que deixa centralizado no serviço. [...] Eu acho que a PrEP ela tem um potencial imenso. [...]

Até um dia eu fui para São Paulo, tirei foto para a nossa antiga gerente. São Paulo, eles têm a dispensação da PrEP no metrô. (G8)

Eu acho que a oferta é o essencial. É uma pena realmente que... talvez até por ser muito centralizada essa disponibilização, que no caso acho que é só no SAE que tem né... eu acho que talvez se tivesse em outros locais disponível, talvez seria muito mais utilizado. Eu acho que ajudaria e diminuiria consideravelmente a exposição que a gente tem. (G14)

Eu acho que talvez se tivesse disponível nas unidades de saúde, [...] talvez facilitasse um pouco mais... facilitasse, não... ficaria mais disponível ao paciente. Às vezes é mais perto de casa, às vezes o paciente não tem condições, se ele mora muito afastado, não tem condições de ir lá no centro retirar, então talvez isso facilitaria. (A7)

[E você acha que seria viável em algum momento levar para as unidades básicas de saúde a PrEP?] Claro. Eu acho que sim. Eu acho que sim. Até porque tu conheceria mais o teu usuário [...] Até para você conhecer, e fazer esse vínculo, essa ponte aí de estreitar a relação entre o usuário e o serviço. (A8)

[E você acha que seria viável disponibilizar a PrEP nas unidades básicas?] Mediante uma capacitação adequada com direcionamento, equipe treinada, porque a gente tem rotatividade também de pessoal, eu acredito que sim, que seria mais uma chance. [...] Mas, claro, sempre seria uma porta a mais, né? Daqui a pouco pro usuário conseguir chegar e ter a possibilidade do uso.(A9)

Eu acho que seria bem interessante [a descentralização], porque como o SAE é lá no centro, então acaba sendo longe para o pessoal que mora aqui no bairro [...] Muita gente acaba, acredito, não indo lá, porque é longe, porque é difícil de se locomover. (A10)

Sobre isso, usuários também já apontaram a descentralização como um facilitador de acesso e seguimento, principalmente pela proximidade dos serviços com a moradia dos usuários (Silva *et al.*, 2025b). Além disso, a descentralização na saúde pública é fundamental pois busca promover a distribuição de poder e responsabilidades entre diferentes setores, com o objetivo de aprimorar a eficiência, a qualidade e a equidade dos serviços oferecidos, além de fortalecer o controle social e incentivar a participação da população (Carvalho; Soares, 2025).

Um dos exemplos de município que podemos considerar ao considerarmos a descentralização da PrEP é São Paulo, no qual a profilaxia já é ofertada em unidades móveis e na estação de Prevenção Jorge Beloqui no metrô com horários estendidos, além de atendimento online por meio do aplicativo e-saúde SP, o que amplia a divulgação e oferta da profilaxia também nas periferias, descentralizando o cuidado (Oliveira; Grisotti, 2025). Ademais, a cidade do Rio de Janeiro também se beneficiou com a descentralização dos serviços, uma vez que ao aumentar o número de unidades dispensadoras no município, o alcance de novos usuários também aumentou de 486 no ano de 2018 para 3994 em 2022

(Maciel *et al.*, 2022).

Em Florianópolis, capital de Santa Catarina, uma médica e uma farmacêutica residentes em uma UBS do município iniciaram o projeto “PrEP na APS”, de forma a descentralizar a dispensação da profilaxia que ocorria apenas em quatro Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). As principais motivações encontradas por elas foram a dificuldade dos pacientes de deslocamento para acessarem a PrEP, baixo número de prescrições da profilaxia pelas médicas da UBS e desconhecimento da população acerca do medicamento. Nos primeiros sete meses do projeto, 19 pessoas iniciaram o acompanhamento e retirada de PrEP na UBS, sendo que anteriormente à iniciativa nenhum paciente fazia acompanhamento ou retirada na unidade, o que demonstra um avanço importante na oferta do medicamento e acesso à saúde (Coelho; Pádua, 2023). Já a experiência de Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul demonstrou-se um pouco diferente, visto que houve uma procura limitada pela PrEP nos serviços após a descentralização (Carvalho; Soares, 2025). Frente a isso também fazem-se necessárias estratégias de divulgação da disponibilidade da profilaxia nos serviços, além de uma avaliação de viabilidade e sustentabilidade dentro do sistema de saúde, a partir de uma abordagem intersetorial (Silva *et al.*, 2025b).

Em Natal, outro projeto para a disponibilização da PrEP na APS também obteve êxito. Em dezembro do ano de 2022 e janeiro de 2023 o pesquisador realizou diversas ações em uma UBS, desde encontros quinzenais de educação permanente até a construção de um fluxo de atendimento em PrEP, que consistia em quatro dimensões: acolhimento com escuta qualificada, consultas de enfermagem, exames laboratoriais e assistência farmacêutica. Na primeira etapa, o atendimento poderia ocorrer de forma presencial ou online, sendo que presencialmente o usuário era direcionado para ser escutado por uma técnica de enfermagem, a qual era responsável por encaminhá-lo à Consulta de Enfermagem; de forma remota, o usuário inicialmente preenchia um formulário eletrônico divulgado nas mídias sociais da UBS e após a avaliação das respostas realizada por um enfermeiro, aqueles considerados elegíveis para iniciar a profilaxia tinham sua consulta de enfermagem presencial agendada. Na dimensão da Consulta de Enfermagem, foram disponibilizados quatro turnos semanais para ofertar o atendimento de PrEP e os retornos agendados para 30 ou 90 dias, a depender de cada situação. Na etapa dos Exames Laboratoriais, os enfermeiros ficaram responsáveis pelo agendamento dos exames complementares para os usuários e por direcioná-los para o laboratório da rede municipal. E por fim, na dimensão farmacêutica, as fichas de cadastro também eram preenchidas pelos enfermeiros e enviadas ao farmacêutico que era responsável

pelo cadastro online e manutenção de estoque (Araújo *et al.*, 2024).

Ao fim do projeto, constatou-se que a descentralização da PrEP para as UBSs está associada à uma expansão da oferta e serviços para a comunidade, além do fortalecimento do acesso da população mais vulnerável a outros atendimentos como realização do exame citopatológico, consultas de rotina, participação em atividades coletivas de educação em saúde, além do fortalecimento do vínculo com os usuários. Ainda, destaca-se o papel do enfermeiro no gerenciamento do cuidado comunitário e coordenação de atividades estratégicas que fortalecem os princípios do SUS, bem como, por meio de Consultas de Enfermagem, facilitar o acesso de grupos sociais historicamente excluídos do processo de garantia dos direitos básicos aos serviços de cuidados primários em saúde (Araújo *et al.*, 2024).

Além disso, no contexto da APS, os ACS desempenham um papel fundamental, pois possuem conhecimento aprofundado do território em que atuam. Isso lhes permite identificar, de forma mais precisa, crenças, linguagens, grupos e particularidades locais, tornando-os aliados estratégicos para compartilhar com as equipes de saúde as demandas e desafios presentes na comunidade. Por meio de sua perspectiva, os ACS conseguem evidenciar necessidades de saúde sob um olhar diferenciado, abrindo, assim, oportunidades para novas abordagens e experiências no processo de trabalho (Ferreira *et al.*, 2019). Ademais, uma vez que são os profissionais que têm acesso privilegiado à realidade das famílias em seu território, devem contribuir para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (Ferreira; Bonan, 2021), além de serem atores essenciais na busca ativa de pessoas interessadas em iniciar a PrEP (Araújo, 2024).

Diante do exposto, é possível compreender que o campo da saúde é um potente espaço para a ruptura de lógicas discriminatórias e estigmatizantes, e promoção de novas formas de cuidado que incluam diferenças. Para atingir esse objetivo, são necessárias estratégias de educação democráticas e plurais, capazes de engajar todos os envolvidos a partir do reconhecimento das diferenças individuais, devendo essas estratégias ser constantemente adaptadas e ajustadas às especificidades de cada realidade local e às particularidades do cotidiano das práticas de cuidado (Costa-Val *et al.*, 2022). Ademais, para além dos processos formativos, faz-se necessário o diálogo com lideranças e gestores de saúde que participam do processo de implantação das políticas nacionais, além de estratégias capazes de promover a adesão de secretários estaduais e municipais de saúde na implementação das mesmas em níveis local e regional (Ferreira; Nascimento, 2022).

Ainda, para além da área da saúde, são necessárias ações sociais que atinjam também outros setores e que de fato abale instituições, impondo transformações nos esquemas de pensamentos dos indivíduos, além da atuação e diálogo de movimentos sociais em conjunto com a academia e o governo, na criação de políticas, protocolos, pesquisas, curso de formação técnica entre outras estratégias (Silva; Gomes, 2021). Sobre isso, Ferreira e Nascimento (2022) inferem que “conjugar o verbo esperar deve ser uma das maiores bandeiras na saúde, isto é, aprender com o passado, refletir sobre o presente e esperar um amanhã de muita resistência”. A fim de alcançar isso é fundamental o enfrentamento das inúmeras desigualdades brasileiras, e para isso, é necessário uma transformação total do modelo de desenvolvimento e de sociedade, em busca do fortalecimento de valores democráticos e acessos universais, ainda que diversos avanços já tenham sido conquistados.

Ademais, a participação ativa da comunidade na construção do SUS e sobre as ações do Estado é essencial também para o desenvolvimento de uma consciência sanitária e organização popular, construindo sujeitos politizados e críticos que auxiliam na construção de um acesso aos serviços mais equânime, integral e universal, uma vez que será pautado nas reais necessidades apontadas pelo povo. Isso ocorre a partir do momento que a participação social é fortalecida, visto que esse processo contribui no monitoramento dos projetos implementados e daqueles que ainda vão ser. A participação social pode ser fortalecida pela participação da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde, que devem ser abertos e divulgados, uma vez que constituem-se como espaços onde os projetos são discutidos, e onde a população consegue cobrar a gestão a respeito das estratégias implementadas. Além disso, o exercício da participação social retira a comunidade do lugar de passividade, e as coloca em um papel de agentes de transformação e portanto cabe à gestão local do município o incentivo à participação social na elaboração e discussão do Plano Municipal de Saúde, uma vez que isso permitirá com que as reais necessidades da população sejam reconhecidas, principalmente no que tange às populações mais vulneráveis (Santos *et al.*, 2024).

Outrossim, no campo das pesquisas e debates sociológicos e filosóficos, é salutar o aprofundamento do debate de legislações e políticas, além de estratégias para se quebrar paradigmas culturais, uma vez que apesar dos marcos legais serem fundamentais, criam-se altas expectativas em torno deles, quando podem apenas institucionalizar alguns conceitos e definir direitos e deveres a partir de entendimentos teóricos. Dessa forma, a luta política deve abranger também a problematização da ordem cultural e política hegemônica em busca de uma transformação cultural, e não apenas um paliativo, visto que as legislações e políticas

podem ser um processo que auxiliam na quebra de paradigmas, mas que por si só não são resolutivas (Lovison *et al.*, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar as representações sociais sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre profissionais de saúde, usuários e gestores (as), buscando compreender como esse método de prevenção é percebido, interpretado e incorporado nas práticas e experiências relacionadas ao cuidado em saúde. A partir dos achados obtidos, e da triangulação dos dados considerando três olhares, sendo dos profissionais, usuários e gestores, foi possível identificar que a PrEP se configura como uma importante estratégia de prevenção combinada ao HIV, contudo sua implementação e utilização ainda são atravessadas por diferentes significados, percepções e desafios que influenciam diretamente sua efetividade e acesso.

Os resultados evidenciam que as representações sociais construídas em torno da PrEP são permeadas por aspectos relacionados ao conhecimento, às experiências profissionais e pessoais, às concepções sobre sexualidade, prevenção e vulnerabilidade, bem como às dinâmicas institucionais presentes nos serviços de saúde e relacionadas à comunidade LGBTQIAPN+. Nesse contexto, observou-se que, embora exista reconhecimento acerca da relevância da PrEP como ferramenta inovadora na prevenção do HIV, persistem lacunas de conhecimento, inseguranças e interpretações distintas entre os diferentes atores envolvidos no cuidado.

Entre profissionais de saúde, as representações demonstraram estar fortemente associadas à necessidade de ampliação do conhecimento e da capacitação para o manejo adequado da estratégia. Ainda que a PrEP seja reconhecida como uma tecnologia eficaz e recomendada pelas políticas públicas de saúde, parte dos profissionais aponta dificuldades relacionadas à operacionalização do cuidado, à abordagem de temas relacionados à sexualidade e às demandas específicas das populações prioritárias. Esses elementos revelam a importância de processos contínuos de educação permanente em saúde, capazes de fortalecer competências técnicas e também promover reflexões críticas sobre estigma, preconceito e diversidade.

No que se refere aos usuários, a PrEP aparece associada tanto à possibilidade de ampliação da autonomia no cuidado com a própria saúde quanto a percepções relacionadas à segurança, liberdade e prevenção. Entretanto, as representações também evidenciam desafios vinculados ao acesso à informação, à adesão ao método e às barreiras simbólicas e sociais ainda presentes no campo da prevenção do HIV. Nesse sentido, destaca-se que o acesso à

PrEP não se limita à disponibilidade do medicamento, mas envolve dimensões sociais, culturais e institucionais que influenciam a busca, a permanência e a continuidade do cuidado. Entre gestores (as), por sua vez, as representações sociais refletem preocupações relacionadas à centralização dos serviços, à ampliação da oferta da estratégia e à necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção do HIV. Nesse grupo, observa-se uma compreensão mais voltada às dimensões estruturais da implementação da PrEP, incluindo aspectos relacionados à gestão do cuidado, à articulação entre níveis de atenção e à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

De forma geral, os resultados desta pesquisa evidenciam que as representações sociais sobre a PrEP são construídas a partir de múltiplas experiências e perspectivas, levando tanto a avanços no campo da prevenção quanto desafios ainda presentes na consolidação dessa estratégia no contexto dos serviços de saúde. Assim, compreender essas representações torna-se fundamental para qualificar as práticas de cuidado, ampliar o acesso à informação e fortalecer ações de prevenção que considerem as necessidades e especificidades das populações atendidas. Destaca-se também que a implementação efetiva da PrEP está diretamente relacionada à construção de práticas de cuidado mais acolhedoras, livres de estigmas e sensíveis à diversidade. Nesse sentido, a atuação dos profissionais de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária e dos serviços especializados, assume papel central na qualificação do acesso e do atendimento, valorizando o respeito, acolhimento e escuta qualificada dos usuários.

Além disso, é importante reconhecer que a PrEP, embora represente um importante avanço científico e tecnológico, deve estar inserida em uma perspectiva ampliada de cuidado, que considere os determinantes sociais da saúde, as desigualdades estruturais e as múltiplas vulnerabilidades que atravessam determinados grupos populacionais, especialmente aqueles historicamente marginalizados, como a comunidade LGBTQIAPN+. A partir dessa compreensão, torna-se fundamental fortalecer políticas públicas que ampliem o acesso à PrEP, promovam ações educativas e incentivem práticas de cuidado que respeitem as singularidades dos sujeitos. Investir na formação e na qualificação de profissionais de saúde, bem como na organização de serviços mais acessíveis e acolhedores, constitui um passo essencial para a consolidação dessa estratégia no sistema de saúde.

Como limitação deste estudo, destaca-se a dificuldade de captação de usuários para participação da pesquisa, o que pode ser explicado pelo tema do HIV ainda ser um tabu. Além disso, destaca-se que as representações sociais analisadas refletem um determinado contexto e

grupo de participantes, o que pode não abranger todas as realidades existentes em outros territórios ou serviços de saúde. Ainda assim, os achados contribuem para ampliar a compreensão sobre como a PrEP é percebida e vivenciada no cotidiano dos serviços do município oferecendo subsídios relevantes para o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções de melhoria nos serviços. Ademais, os resultados do estudo estão de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2015 (ONU, 2015), uma vez que a pesquisa em questão vai ao encontro de três dos dezessete ODS propostos, sendo eles: a redução da desigualdade, a saúde e bem-estar e a educação de qualidade.

Por fim, espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o fortalecimento das discussões sobre prevenção combinada ao HIV, bem como para a construção de práticas de cuidado mais inclusivas, informadas e comprometidas com a promoção da saúde. Compreender as representações sociais sobre a PrEP entre profissionais, usuários e gestores (as) permite vislumbrar caminhos para aprimorar políticas públicas, qualificar serviços e ampliar o acesso a estratégias de prevenção que respeitem as diversidades e promovam o direito à saúde para todos, de forma equânime e integral.

REFERÊNCIAS

- ABADE, Erik Asley Ferreira; FRANÇA, Jéssica Ariadne Nascimento; SOUZA, Eduardo Sodré de. Cuidados de enfermagem à população LGBT+. *Enfermagem no Cuidado à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade: volume 2*, [S.L.], p. 93-106, 28 jun. 2022. **Editora Aben**. <http://dx.doi.org/10.51234/aben.22.e12.c10>. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e12-vulneraveis_vol-II-cap10.pdf. Acesso em: 25 fev. 2026.
- AHAUS, Patrick *et al.* Changes in the user profiles of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) before and after PrEP reimbursement. **Journal of Infection and Public Health**, [S.L.], v. 15, n. 9, p. 955-960, set. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2022.07.012>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- ALENCAR, Isabela Trappel de *et al.* Principais alterações imunológicas decorrentes da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida - HIV. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 7, p. 50231-50252, 8 jul. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n7-101>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50076>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- ARAÚJO, Aguinaldo José de. Profilaxia Pré-Exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana na Atenção Primária à Saúde: experiências da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 177-181, 2024. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2024.v15.e-202422supl2>. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s02-e-202422SUPL2/2357-707X-enfoco-15-s02-e-202422SUPL2.pdf. Acesso em: 15 fev. 2026.
- ARRUDA, Angela. Teoria Das Representações Sociais e Teorias De Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, novembro/ 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/T4NRbmqpmw7ky3sWhc7NYVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jan. 2025.
- BARBOSA, Lucianna Costa de Almeida *et al.* Profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV em Alagoas, Brasil: caracterização dos usuários, adesão ao protocolo e comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis (ists). **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 13, p. e214111334515, 5 out. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.34515>. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.34515>. Acesso em: 14 out. 2024.
- BARP, Luiz Fernando Greiner *et al.* O surgimento do movimento LGBT no oeste de Santa Catarina: desafios e lutas na construção da cidadania. **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 70, n. 1, p. 301-330, jan. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/his.v00i0.000000>. Acesso em: 27 fev. 2026.
- BASSO, Braian Fernandes *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes em uso de PrEP em Ponta Grossa – Paraná, 2023. **Caderno Pedagógico**,

[S.L.], v. 21, n. 3, p. 01-21, 20 mar. 2024. South Florida Publishing LLC.
<http://dx.doi.org/10.54033/cadpedv21n3-122>. Disponível em:
<https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/3265/2370>.
 Acesso em: 26 jan. 2026.

BATISTA, Amanda Trajano; SALDANHA, Ana Alayde Werba; FURTADO, Francisca Marina Freire. Vantagens e desvantagens percebidas pelas populações chaves no uso da profilaxia pré-exposição. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 11-20, dez. 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n2/v28n2a02.pdf>.
 Acesso em: 28 jan. 2026.

BERGH, Kate *et al.* “I will take PrEP because that’s what will help me not to get infected with HIV”: barriers to and facilitators of pre-exposure prophylaxis and condom use among adolescent girls and young women enrolled in a school-based hiv prevention program in south africa. **Frontiers In Public Health**, [S.L.], v. 13, p. 01-14, 20 nov. 2025. Frontiers Media SA. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2025.1616261>. Acesso em: 29 jan. 2026

BERTOLOZZI, Maria Rita *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 1326-1330, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600031>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DNNmfp9NWtbLcs5WsDwnrM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2024.

BERTONI, Luci Mara; GALINKIN, Ana Lúcia. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, Leila Pio *et al.* **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2017, pp. 101-122. ISBN: 978-85- 7455-493-8. Disponível em:
<https://books.scielo.org/id/yjxdq/pdf/mororo-9788574554938-05.pdf>. Acesso: 22 fev. 2026.

BESSA, Marcelino Maia *et al.* Capacitação para profissionais de saúde sobre PrEP e PEP: relato de experiência. **Journal Archives Of Health**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 2-10, 4 jan. 2024. Brazilian Journals. <http://dx.doi.org/10.46919/archv5n1-001>. Disponível em:
<https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/1511/1314>.
 Acesso em: 26 jan. 2026.

BLEASDELE, Jacob *et al.* Prescribing HIV pre-exposure prophylaxis: A qualitative analysis of health care provider training needs. **J HIV AIDS Soc Serv**, v. 19, n. 1, p. 107-123, 2020. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7478340/pdf/nihms-1624077.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BOTÉCHIA, Júlia Zanco *et al.* Conhecimentos, práticas e obstáculos dos profissionais de saúde sobre a profilaxia pré-exposição ao HIV (PREP): uma revisão integrativa / health professionals' knowledge and obstacles about hiv pre-exposure prophylaxis (prep). **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 5, p. 40158-40176, 24 maio

2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n5-483>.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48480/pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília, DF, 2 de junho de 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF, 13 de novembro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,Art. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Resolução nº 466**. Brasília, , de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 07 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Resolução nº 510**. Brasília, , de 07 de abril de 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 07 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf. Acesso em: 30 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral**

à **infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em:
<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/guia-prep-na-aps.pdf/@@download/file>. Acesso em: 24 jan. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota técnica nº 8/2023-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. 2023a. Disponível em:
https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv_-dcci_svs_ms.pdf. Acesso em: 14 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Ofício Circular nº 11/2024/CGAHV/.DATHI/SVSA/MS**. Brasília, 2024c. Disponível em:
https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-disponibiliza-compilado-de-documentos-que-amparam-a-prescricao-de-prep-e-pep-por-enfermeiros-as-e-farmaceuticos-as/SEI_MS0041177563OficioCircularN11_2024_CGAHV.DATHISVSAMS.pdf. Acesso em: 24 jan. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel PrEP - Profilaxia Pré-Exposição ao HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/hiv-aids-e-dst/prevencao-combinada/prep/painel-prep>. Acesso em: 06 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns> Acesso em: 02 mar. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de Saúde, **Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2023b. 62 p. : il. Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf f. Acesso em: 24 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004b. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 233, de 18 de maio de 2010**. Gabinete do Ministro. 2010. Disponível em:
https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/341/2023/09/PORTARIA-233-2010-MPOG.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Gabinete do Ministro. 1985. Disponível em:
[http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985#:~:text=Cria%20o%20Programa%20de%20Controle,%2C%20Aids%20e%20Hepatites%20Virais\).](http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985#:~:text=Cria%20o%20Programa%20de%20Controle,%2C%20Aids%20e%20Hepatites%20Virais).)
Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação: tenofovir associado a entricitabina (tdf/ftc 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (prep) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (hiv)**. Brasília, 2017a. 46 p. Disponível em:
https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2017/recomendacao/relatorio_tenofovi_rentricitabina_prep_recomendacao_2017.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 25 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017**. Gabinete do Ministro. 2017b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html. Acesso em: 25 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: 2013b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a. 32 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em : 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia de consulta rápida: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:
https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_hiv_adultos.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos

Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 49 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 03 de março de 2021. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/cartas-circulares/carta-circular-no-1-de-3-de-marco-de-2021.pdf/view>. Acesso em: 07 jan. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025**. Brasília, 2025b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/15126.htm. Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Brasília, 2016b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727. Acesso em: 22 fev. 2025.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 3 (2). p. 77-101. 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8135502/mod_resource/content/1/Braun%20e%20Clarke%20-%20Traducao-do-artigo-Using-thematic-analys.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 jan. 2025.

BRAYBROOK, Debbie et al. The inclusion of LGBTQ + people within UK health policy: a critical discourse analysis. **International Journal For Equity In Health**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-9, 2 abr. 2025. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02446-x>. Acesso em: 02 mar. 2026.

CARTIER, Andrea *et al.* HIV seroconversions in the PrEP impact trial. **19th European AIDS Conference**. 2023. Disponível em: <https://eacs2023.abstractserver.com/program/#!/details/presentations/596>. Acesso em: 17 nov. 2024.

CARVALHO, Sarah Maria Osório de *et al.* Assistência prestada em serviços de saúde à população LGBTQIA+. **Revista Enfermagem Atual In Derme** v. 94, n. 32, 2020 e-020058. Disponível em: revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/901/743. Acesso em: 02 fev. 2026.

CARVALHO, Suzyany de; SOARES, Marco Aurélio de Almeida. Descentralização

Profilática Pré-Exposição HIV-PREP em Campo Grande - MS. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 20, p. 18-27, mar. 2025. Disponível em: <https://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/6282>. Acesso em: 22 fev. 2026.

CASTRO, Denise Maria Campos de Lima *et al.* A proposta do acesso avançado para qualificação do acesso à saúde na atenção primária à saúde. In: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde**. São Carlos: Pedro & João Editore, 2023. p. 153-166. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/65fde963-7dd3-4814-ba14-685995e7407b/FRACOLLI%2C+L+A+doc+239e.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2025.

CASTRO, Clarisse de Gusmão *et al.* Incorporação da PrEP no Brasil segundo a Teoria Fundamentada em Dados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 34, p. 1-21, 2024. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-7331202434010pt>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2024.v34/e34010/pt>. Acesso em: 05 fev. 2026

CATTANI, Daian; LAGO, Mara Coelho de Souza; VARGAS, Myriam Aldana. A insurgência da UNA LGBT em Chapecó/sc. *Revista Internacional Interdisciplinar, Florianópolis*, v. 18, n. 1, p. 01-21, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2019.e71830>. Acesso em: 27 fev. 2026.

CAVALHEIRO, Gustavo Olivier. **Profilaxia Pré Exposição Ao Vírus Hiv (Prep): conhecimento de profissionais de saúde**. 2018. 62 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2266/1/Gustavo%20Olivier%20Cavalheiro.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2025.

CEZAR, Vagner Mendes; DRAGANOV, Patricia Bover. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042165006.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó 2022-2025**. Chapecó, 2021. Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/conteudo/104/instrumentos-de-gestao>. Acesso em: 14 out. 2024.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó 2026-2029**. Chapecó, 2026a. Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/conteudo/104/instrumentos-de-gestao>. Acesso em: 02 mar. 2026.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde**. Chapecó, 2026b. Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/conteudo/104/instrumentos-de-gestao>. Acesso em: 02

mar. 2026.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Audiência pública de prestação de contas: 2º quadrimestre de 2024** Chapecó, 2024a. Disponível em: https://chapeco.sc.gov.br/extranet/uploads/ConteudoAnexo/modelo_apresentacao_2__rdqa_2024__3__1727694954437.pdf. Acesso em: 14 out. 2024.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde**. Chapecó, 2024b. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1YqaS1zsdHjF-q_Gg8s9ww3H39oo42keW/view. Acesso em: 03 jan. 2025.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2023**. Chapecó, 2024c. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1FtmER0pvJ1lrxjDlwt8KiWBAf_HUBCbO. Acesso em: 14 nov. 2024.

COELHO, Luiza Sampaio; PÁDUA, Marina Freitas de. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV na Atenção Primária à Saúde: reduzindo iniquidades. **Aps em Revista**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 118-124, dez. 2023. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/300/157>. Acesso em: 01 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em Números**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://velox.cofen.app/analytics/public/dashboard/7ee9b807-ce3a-460c-a05c-91430380eac2?conselho=&data=2025-12-31>. Acesso em: 23 jan. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer de câmara técnica nº 12/2020/CTAS/COFEN**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/81126/>. Acesso em: 04 jan. 2026.

CORREIA, Isac Alves. Migração interna e desenvolvimento no Brasil: o papel dos migrantes nordestinos e seus desafios. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, Blumenau, v. 12, n. 2, p. 113-138, 2024. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/11925/6512>. Acesso em: 24 fev. 2026.

COSTA, Larissa Fagundes da; HENNINGTON, Élide Azevedo. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Resende, Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 1-12, dez. 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2023.v47nspe1/e9136/pt>. Acesso em: 26 fev. 2026.

CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação**, Vitória da Conquista, n. 2, p. 105-114, 2004. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3065>. Acesso em: 07 jan. 2025.

CRUZ FILHO, Rodinele Silva Ferreira da. **O uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

pela comunidade LGGTQIAP+ e o conhecimento de seus usuários sobre métodos preventivos e infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Centro Universitário de Brasília - Ceub, 2021. Disponível em:
<https://www.publicacoes.uniceub.br/pic/article/view/8313/5138>. Acesso em: 13 out. 2024.

DORIN, Lucas Dionisio *et al.* A prevenção ao HIV no Brasil: representações sociais, estigma e desafios dos usuários da PrEP. **Pathos: Revista brasileira de práticas públicas e psicopatologia**, Sl, v. 07, n. 1, p. 11-44, jun. 2021. Disponível em:
https://revistapathos.com.br/wp-content/uploads/2024/04/prevencao_ao_hiv_no_brasil.pdf. Acesso em: 15 fev. 2026.

FERNANDES, Italo; BRUNS, Maria Alves de Toledo. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 60-67, 25 jun. 2021.
<http://dx.doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>. Disponível em:
https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916. Acesso em: 17 out. 2024.

FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Claudia. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da atenção básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (lgbtt). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, p. 1-16, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200327>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/7fm8KVRLY58qTsZgsHxLBrL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

FERREIRA, Diego Diz. **Entre o risco e o prazer: uma cartografia dos afetos de homens gays cisgêneros usuários da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP).** 2023. 282 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/254671/PGSC0370-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jan. 2026.

FERREIRA, Luan Moraes; BATISTA, Gisela Gomes; BOUILLET, Leoneide Érica Maduro. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 19, n. 46, p. 3594, 29 set. 2024. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3594](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3594). Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3594/1960>. Acesso em: 15 fev. 2026.

FLÖSSNER, Christian; AVETISYAN, Meri; FRESE, Thomas. Basic knowledge among GP trainees regarding HIV pre- and post-exposition-prophylaxis. **Journal Of Family Medicine And Primary Care**, [S.L.], v. 10, n. 9, p. 3283-3287, set. 2021. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8565146/pdf/JFMPC-10-3283.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2026.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). **Decisional Review for NDA 21752/S-30.** [S.L.], 2012. 19 p. Disponível em:
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2012/021752Orig1s030SumR.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 jan. 2026

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 336-340, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KDJ9znCNtkLHfyx5cfQJWLr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017. 129 p

GONÇALVES JUNIOR, Mauri; MATOS, Marcos André de. Barreiras e facilitadores do acesso a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV através da atenção primária à saúde: uma revisão de escopo. **Contribuciones A Las Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1-12, 2 abr. 2025. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.18n.4-062>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/16803/9750>. Acesso em: 25 fev. 2026.

GONÇALVES, Luiza Rios. “Santa Catarina dá certo”: migração nordestina e negação do trabalho em tempos de extrema-direita (2020-2025). **Revista Santa Catarina em História**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2025. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/sceh/article/view/8140>. Acesso em: 27 fev. 2026.

GUEDES, Maiker Oliveira *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais relacionados às profilaxias do HIV: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 38, p. 1-19, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v38.58587>. Acesso em: 24 jan. 2026.

GUIMARÃES, Nilo Plantiko *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 372-385, 26 jun. 2020. Instituto de Comunicacao e Informacao Cientifica e Tecnologica em Saude. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>. Disponível em: <https://homologacao-reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712/2358>. Acesso em: 02 fev. 2026.

HAMANN, Cristiano *et al.* Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 651-663, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170669>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zhP43XcJ69pPZXXFFx8JTwy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2026.

HENRIQUE, Flávia; ARTMANN, Elizabeth; LIMA, Juliano de Carvalho. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 36-47, dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s603>. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2093/934>. Acesso em: 23 jan. 2026.

HUMPHRIES, Debbie L. *et al.* Using Health Care Professionals' Perspectives to Refine a Clinical Decision Support Implementation Strategy for Increasing the Prescribing of HIV Preexposure Prophylaxis (PrEP) in Alabama. **Journal Of The International Association Of Providers Of Aids Care (Jiapac)**, [S.L.], v. 21, p. 1-11, jan. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/23259582221144451>. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9772965/pdf/10.1177_23259582221144451.pdf. Acesso em: 22 fev. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: pessoas de cor ou raça - Branca - 2022**. 2022a. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Populacao_por_cor_ou_raca_Resultados_do_universo/Cartogramas/2_Pessoas_cor_ou_raca_Branca_2022.pdf. Acesso em: 25 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Painel Cor ou Raça no Brasil**. 2022b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/painel-cor-ou-raca/>. Acesso em: 28 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Censo 2022**. 2022c. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>. Acesso em: 28 jan. 2026.

JESUS, Josefa Maria de; RODRIGUES, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 20, p. 1-13, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMsFMNvd8fbx9fz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2026.

JOHN, Steven A. *et al.* HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Awareness and Non-Occupational PEP (nPEP) Prescribing History Among U.S. Healthcare Providers. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 24, n. 11, p. 3124-3131, 16 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-020-02866-6>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7508835/pdf/nihms-1606085.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2026.

KARNIEJ, Piotr *et al.* Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Clinical Competence of Medical Professionals in Poland. **Sexuality Research And Social Policy**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 2112-2126, 10 mar. 2025. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13178-025-01081-z>. Acesso em: 01 mar. 2026.

KAYESU, Ivy *et al.* Uptake of and adherence to oral pre-exposure prophylaxis among adolescent girls and young women at high risk of HIV-infection in Kampala, Uganda: a qualitative study of experiences, facilitators and barriers. **Bmc Women'S Health**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-14, 10 nov. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-022-02018-z>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02018-z>. Acesso em: 22 fev. 2026.

LAGUNO, Montserrat *et al.* Experiencia de un programa de profilaxis preexposición en

una unidad de virus de la inmunodeficiencia humana hospitalaria. Descripción del perfil basal del usuario e identificación de oportunidades de mejora. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 24-28, jan. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2021.04.005>. Acesso em: 24 jan. 2026.

LIRA JÚNIOR, José Wilson; FLORENCIO, Caroline Mary Gurgel Dias; ABREU, Nágila Tatielle Rocha. Caracterização do perfil sociodemográfico dos usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) no Ceará. **J. Health Biol Sc**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-7, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/5194/1956>. Acesso em: 24 jan. 2026.

LOVISON, Robson *et al.* Travestis e transexuais: despindo as percepções acerca do acesso e assistência em saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 162-172, 25 maio 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n5.2370>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/travestis-e-transexuais-despindo-as-percepcoes-acerca-do-acesso-e-assistencia-em-saude/>. Acesso em: 02 jan. 2026.

LUMSDEN, Joshua *et al.* Improving access to pre-exposure prophylaxis for HIV prescribing in a primary care setting. **Bmj Open Quality**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1-7, maio 2022. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001749>. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqr/11/2/e001749.full.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2026.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final: Brasil / coordenado por Maria Helena Machado. — Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. 748 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2026.

MACIEL, Ana Lilia Braga *et al.* Ampliação do acesso à profilaxia pré-exposição ao através da descentralização da dispensação no município do Rio de Janeiro, de 2018 a 2022. In: XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA, 23., 2023, Sl. **XXIII Congresso Brasileiro de Infectologia**. Sl: The Brazilian Journal Of Infectious Diseases, 2023. p. 85-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102973>. Acesso em: 17 fev. 2023.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo *et al.* Qualidade do acesso percebida por usuários de serviços especializados em hiv/aids da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.L.], v. 48, n. 2, p. 191-208, 26 jul. 2024. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v48.n2.a4059>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/4059/3473>. Acesso em: 25 jan. 2026.

MARINHO, Maristela Rodrigues *et al.* Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LrHJ7CCqm7YStDnt6KLPb4P/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2026.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKgNGfjKQvqfM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2023.

MATIAS, Wertton Luís de Pontes; FRANCH, Mónica; SILVA, Luziana Marques da Fonseca. Entre o medo e a ética da vida: a chegada da prep ao serviço público de saúde de João Pessoa, na Paraíba. **Vivência: Revista de Antropologia**, [S.L.], v. 1, n. 60, p. 75-94, 30 dez. 2022. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

<http://dx.doi.org/10.21680/2238-6009.2022v1n60id30804>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/30804/16575>. Acesso em: 27 jan. 2026.

MCCORMACK, Sheena *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **The Lancet**, v. 387, p. 53-60, jan. 2016. Disponível em:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900056-2>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MICHAEL, Andressa Pinto *et al.* Atenção primária à saúde e profilaxia pré-exposição ao HIV: percepção de profissionais no município de Itajaí-SC. In: Seminário De Iniciação Científica Da Universidade Do Vale Do Itajaí, 24., 2025, Itajaí. **Anais do Seminário de Iniciação Científica da Universidade do Vale do Itajaí**. [S.L.]: Editora da Univali, 2025. p. 1-2. Disponível em:

<https://periodicos.univali.br/index.php/asic/article/view/21673>. Acesso em: 04 fev. 2026.

MIRANDA, Mariana de Moraes Fortunato *et al.* Vulnerabilidade individual, social e programática na adesão ao tratamento antirretroviral em adultos. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-8, 12 set. 2022. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.62288>. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392588/e62288-vulnerabilidade-individual-social-diagramado-port.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2026.

MOLINA, Jean-Michel *et al.* Daily and on-demand HIV pre-exposure prophylaxis with emtricitabine and tenofovir disoproxil (ANRS PREVENIR): a prospective observational cohort study. **The Lancet HIV**, v. 9, n. 3, p. 205-215, mar. 2022. Disponível em:

[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00390-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00390-2). Acesso em: 14 nov. 2024.

MOLINA, Jean-Michel *et al.* Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. **The Lancet HIV**, v. 4, p. 402-410, set. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018\(17\)30089-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanhiv/PIIS2352-3018(17)30089-9.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

MOLINA, Jean-Michel *et al.* On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. **The New England Journal of Medicine**, v.

373, n.23, p. 2237-2246, dez. 2015. Disponível em:
<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1506273>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. Estigma, pânico moral e violência estrutural: o caso da aids, 3, 2019, Rio de Janeiro. **Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III**. Rio de Janeiro: Abia, 2019. p. 1-13. Disponível em:
<https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/publicacao-simone-wilza-20190625.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2026.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MUHUMUZA, Richard *et al.* Exploring Perceived Barriers and Facilitators of PrEP Uptake among Young People in Uganda, Zimbabwe, and South Africa. **Archives Of Sexual Behavior**, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 1729-1742, maio 2021. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-020-01880-y>. Acesso em: 25 jan. 2026.

MURCHU, Eamon *et al.* Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) to prevent HIV: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness, safety, adherence and risk compensation in all populations. **BMJ Open**, v. 12, e048478, fev. 2022. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9096492/pdf/bmjopen-2020-048478.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

NALIN, Vinícios; KESCHNER, Bruna; ZANATTA, Yuri Potrich. O ser privado no espaço público: uma análise do uso e representatividade lgbtqia+ na cidade de chapecó/sc. **Para Onde!?**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 60-82, 3 set. 2025. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/1982-0003.139140>. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/index.php/paraonde/article/view/139140/97035>. Acesso em: 01 mar. 2026.

OLIVEIRA, Lucas Tanikawa de; DIAS, Paulo Roberto Telles Pires. Qualidade de atendimento para a população LGBT no SUS: uma análise do ponto de vista do paciente. **Práticas em Saúde Coletiva**: contextualizando os saberes e experiências, [S.L.], p. 77-86, 17 nov. 2023. Instituto Multiprofissional de Ensino. <http://dx.doi.org/10.55811/integrar/livros/3787>. Disponível em:
<https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/livros/article/view/3787/740>. Acesso em: 10 jan. 2026.

OLIVEIRA, Márcia de; GRISOTTI, Márcia. “PrEP como cordão sanitário”: noções e experiências de homens e profissionais de saúde em relação à prevenção do HIV. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 1-23, 2025. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312025350229pt>. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/physis/2025.v35n2/e350229/pt>. Acesso em: 05 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2015. Disponível em:
<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/17>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ferramenta da OMS para implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV. **Módulo 9: Planejamento estratégico**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51565/OPASCDE19014_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ferramenta da OMS para implementação da profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV. **Módulo 8: Planejamento de serviços de saúde**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019b Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51564/OPASCDE19013_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ferramenta da OMS para implementação de profilaxia pré-exposição (PrEP) oral ao HIV. **Módulo 1: Clínico**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019c. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51554/OPASCDE18054_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 jan. 2025.

PATEL, Rupa R. *et al.* Clinical Recommendation for the Use of Injectable Lenacapavir as HIV Preexposure Prophylaxis — United States, 2025. **Morbidity And Mortality Weekly Report**, [S. L.], v. 74, n. 35, p. 541-549, set. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/wr/pdfs/mm7435a1-H.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2026.

PAULA, Aline da Silva *et al.* Teoria das Necessidades Humanas Básicas De Horta aplicada ao cuidado de enfermagem gerontológico: estudo bibliométrico. **Revista Contemporânea**, [S. L.], v. 4, n. 3, p. 1-23, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3487>. Acesso em: 16 jan. 2025.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J William. The Concept of Access. *Medical Care*, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981. **Ovid Technologies** (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1981/02000/the_concept_of_access_definition_and_relationship.1.aspx. Acesso em: 02 set. 2024.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-15, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180279>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2026.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo**: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume, 2009. 264 p.

PIMENTA, Maria Cristina *et al.* Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: estudo imprep stakeholders. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 1-12, 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00290620>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2022.v38n1/e00290620/pt>. Acesso em: 30 jan. 2026.

PINTO, Rogério M *et al.* Improving PrEP Implementation Through Multilevel Interventions: A Synthesis of the Literature. **AIDS and Behaviour**, v. 22, p. 3681-3691, jun. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-018-2184-4>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PINTYE, Jillian *et al.* Nurse-facilitated preexposure prophylaxis delivery for adolescent girls and young women seeking contraception at retail pharmacies in Kisumu, Kenya. **Aids**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 617-623, 29 nov. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000003447>. Acesso em: 30 jan. 2026.

PROCÓPIO, Mariana Ramalho; VIEIRA FILHO, Maurício João. Doodles da diversidade e do orgulho LGBTQIA+: tematizações, sentidos e tokenismo nos discursos organizacionais da plataforma google. In: 34º ENCONTRO ANUAL DA COMPÓS 2025, 34., 2025, Curitiba. **Anais do 34º Encontro Anual da Compós**. Curitiba: 2025. p. 1-21. Disponível em: <https://publicacoes.softaliza.com.br/compos2025/article/view/11295/7693>. Acesso em: 06 mar. 2025.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p.

QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz Nunes; SOUSA, Alvaro Francisco Lopes de. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 11, p. 1-9, 21 nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00112516>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n11/e00112516/pt>. Acesso em: 05 jun. 2025.

SANTOS, Jaciane Ferreira dos *et al.* Acesso da população LGBT aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior baiano. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 34, p. 1-21, 2024. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-7331202434094pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SMppRX3HhtGBLVqncNBhvnD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2026.

SANTOS, Karine da Silva *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 2, p.

655-664, fev. 2020. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/kvr3D7Q3vsYjrFGLNprpttS/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 07 jan. 2025.

SEIMA, Márcia Daniele *et al.* A produção científica da enfermagem e a utilização da Teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 851-857, out. 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/QT4KXvHcXkYZFRLHBxxHnCf/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 16 jan. 2025.

SILVA, Adriane das Neves; GOMES, Romeu. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 5351-5360, out. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/CT4qkJ8Ccczf6PtLHyw4w7n/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 03 fev. 2026.

SILVA, Daiana Mateus da; ALMEIDA, Diádiney Helena de. O olhar da enfermagem no contexto do atendimento à saúde da população LGBTQIA+. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 1, p. 1-12, dez. 2023. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/2358-28982023e19071p>. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2023.v47nspe1/e9071/pt>. Acesso em: 26 fev. 2026.

SILVA, Flaviane de Lima Pereira; COUTINHO, Diogenes José Gusmão. O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso da PrEP no estado de Sergipe. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 1268-1281, 14 fev. 2025. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. <http://dx.doi.org/10.51891/rease.v11i2.18168>. Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/18168/10470>. Acesso em: 28 jan. 2026.

SILVA FILHO, Cláudio Claudino da; VIEIRA, Heric Carvalho; VARIANI, Letícia. As Fronteiras para o cuidado dos/as imigrantes em Chapecó-sc: desafios e possibilidades para o sistema único de saúde (SUS). In: ROCHA, Vera; CASTAÑO, Lorena Vitola. **Direitos humanos, diversidade e ensino superior: diálogos sobre educação e saúde**. Porto Alegre: Rede Unida & Soucet, 2024. p. 121-136. Disponível em:
<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/04/Livro-Direitos-humanos-diversidade-e-formacao-superior.pdf#page=122>. Acesso em: 05 jan. 2025.

SILVA, Josiele Francine Lima da; SOUZA, Janaina Samantha Martins de; MATTE, Juliana. Autocuidado à Saúde LGBT e sua Percepção em Relação à Atuação dos Profissionais de Saúde. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 456-461, 14 dez. 2021. Editora e Distribuidora Educacional. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n4p456-461>. Disponível em:
<https://ensaiociencia.pgsscogna.com.br/ensaiociencia/article/view/8432/6151>.
 Acesso em: 29 jan. 2026.

SILVA, Kimberly *et al.* Ampliando horizontes na prevenção do HIV: percepções e

práticas em torno da prep em uma capital brasileira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 29, p. 1-18, 2025b. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.240492>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2025.v29/e240492/pt>. Acesso em: 03 mar. 2026.

SILVA, Lucas Cardoso da. **Preparades na APS: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde de porto alegre sobre a profilaxia pré-exposição ao hiv (prep)**. 2019. 116 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/202322/001107357.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 jan. 2025.

SILVA, Natánias Macson da *et al.* Nível de Conhecimento de Adolescentes Sobre a Infecção Pelo HIV: uma relação com autocuidado e comportamentos de risco. **Revista Enfermería Actual En Costa Rica**, San José, n. 43, p. 1-14, jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n43/1409-4568-enfermeria-43-51427.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2026.

SILVA, Rita de Cássia Farias *et al.* (Des)conhecimentos da política nacional de atenção integral lgbt entre profissionais de enfermagem e seu impacto no cuidado de mulheres trans. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 8, p. 74-84, jun. 2025a. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/ripsunisc/article/view/19047>. Acesso em: 15 fev. 2026.

SOUSA, Jacineidy de Moura *et al.* Acesso aos serviços de saúde por populações em situação de vulnerabilidade: uma revisão integrativa. **Revista Dcs**, [S.L.], v. 23, n. 87, p. 1-19, 5 fev. 2026. Editoriales Iberoamericanos. <http://dx.doi.org/10.54899/dcs.v23i87.4482>. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/4482/3473>. Acesso em: 10 fev. 2026.

SOUSA, Marcos Henrique Oliveira *et al.* Gerentes de Atenção Básica à Saúde: estudo de uma capital do Brasil. **Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá**, v. 21, n. 0, p. 1-18, 2022. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps21.gabs>. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/32202/27349>. Acesso em: 28 jan. 2026.

SOUZA, Josicleia Oliveira de *et al.* Análise do panorama da PrEP no Brasil de 2019 a 2014: indicadores, desigualdades e estratégias de prevenção. **Observatório de La Economía Latinoamericana**, [S.L.], v. 22, n. 11, p. 01-28, 25 nov. 2024. <http://dx.doi.org/10.55905/oelv22n11-204>. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/7927/5151>. Acesso em: 27 jan. 2026.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm**, [S.L.], v. 34, eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 mar. 2026.

STOEBENAU, Kirsten *et al.* Barriers and facilitators to uptake and persistence on prep among key populations in Southern Province, Zambia: a thematic analysis. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-16, 17 jun. 2024. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-19152-y>. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-19152-y?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 02 fev. 2026.

SULLIVAN, Ann K *et al.* HIV pre-exposure prophylaxis and its implementation in the PrEP Impact Trial in England: a pragmatic health technology assessment. **The Lancet HIV**, v. 10, p. 790-806, dez. 2023. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-3018%2823%2900256-4>. Acesso em: 14 nov. 2024.

TEIXEIRA, Maria das Graças Rafaela Mesquita *et al.* Atendimento e Dispensação de PrEP na Clínica Escola de Saúde Unichristus. **Revista Interagir**, [S.L.], n. 126, p. 21-29, 28 nov. 2024. Instituto para o Desenvolvimento da Educação. <http://dx.doi.org/10.12662/1809-5771ri.126.5589.p21-29.2024>. Disponível em: <https://unichristus.emnuvens.com.br/interagir/article/view/5589/2073>. Acesso em 27 jan. 2026.

TREVIÑO-REYNA, Goel *et al.* Employment outcomes and job satisfaction of international public health professionals: what lessons for public health and covid 19 pandemic preparedness? Employment outcomes of public health graduates. **The International Journal Of Health Planning And Management**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 124-150, 4 abr. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.3140>. Acesso em: 29 jan. 2026.

TRINDADE, Zeidi; SANTOS, Maria de Fatima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2019. 671 p. Disponível em: <http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TRS50anos2aEdRevDez19r.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2025.

URBANO, Ayra Zaine Rodrigues. **Percepções e práticas de profissionais de saúde no atendimento a adolescentes e jovens gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais que usam a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)**. 2022. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2022. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/bitstream/tede/7922/1/Ayra%20Urbano%20ok.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

VIANA, Rayane Emilly Neves *et al.* Cenário de Evidências Científicas Sobre o Sofrimento Mental de Pessoas Transgênero. **Revista Contexto & Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 47, p. 1-14, 12 dez. 2023. Editora Unijui. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.14137>. Disponível em: https://www.academia.edu/129380995/Cenário_de_Evidências_Científicas_Sobre_o_So

frimento_Mental_de_Pessoas_Transgênero. Acesso em: 21 fev. 2026.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PREP) NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ (SC): REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, USUÁRIOS E GESTORES

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Profilaxia Pré-Exposição ao vírus HIV (PrEP) no município de Chapecó (SC): Representações sociais de profissionais de saúde, usuários e gestores. Desenvolvida por Eduarda Luiza Maciel da Silva, discente de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação do Professor Cláudio Claudino da Silva Filho.

O objetivo central do estudo é: analisar as representações sociais de profissionais de saúde, usuários e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no município de Chapecó. A pesquisa justifica-se pela necessidade de identificar as fragilidades e potencialidades da implementação da PrEP no município de Chapecó, de forma a identificar e interpretar a estrutura e conteúdo das representações sociais dos profissionais atuantes no SAE HIV/AIDS e Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de gestores e usuários da profilaxia.

O convite a sua participação se deve à atender algum dos critérios de inclusão: ser um indivíduo maior de 18 anos (critério para todos/as), e também ser um dos seguintes públicos - ser profissional atuante na Atenção Primária à Saúde ou SAE HIV/AIDS do município de Chapecó; ser gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó; ou ser um usuário de PrEP residente do município de Chapecó que faça parte da comunidade LGBTQIAPN+.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, 1/9 sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, contendo informações sociodemográficas e referentes à sua atuação profissional e experiências pessoais, podendo ser de forma presencial em um local privado de sua preferência, ou de forma online por meio de plataformas de videoconferência.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora de duração, podendo variar, de acordo com as suas respostas.

A entrevista será audiogravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

A pesquisa respeitará as Resoluções N° 466/2012 e N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e Lei nº 14.874/2024, que estipulam as normas para pesquisa com seres humanos. Atentará, também, ao Ofício Circular No 2/2021/CONEP/SECNS/MS, com orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (caso seja necessária entrevista remota síncrona, em caráter excepcional, já que a prioridade serão entrevistas presenciais sempre que possível). O protocolo de pesquisa será submetido e apreciado eticamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul - CEP/UFFS. Antes de participar, todos os participantes terão suas dúvidas minuciosamente esclarecidas, e após o processo de consentimento e concordância, formalizarão sua anuência assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A assinatura no TCLE será física, no caso de entrevista presencial, e 2/9 mediante assinatura digital com cópia para todos os envolvidos, no caso de entrevista remota síncrona.

A pesquisa apenas iniciará após aprovação pelo CEP/UFFS. Aos participantes, durante o processo de consentimento prévio à entrevista, serão apresentados a metodologia do projeto de pesquisa, além do envio do TCLE e instrumentos de coleta de dados, bem como de outros documentos necessários.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado antes da entrevista, para posterior assinatura. O procedimento de leitura do TCLE será feito em ambiente privado, bem como a explanação verbal por parte da pesquisadora dos objetivos e a justificativa, da participação voluntária, além da possibilidade de recusa e/ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso resulte em qualquer dano. Além disso, para preservar a identidade dos participantes incluídos no estudo, o nome do participante será convertido na letra P, seguida de um número ordinal crescente (P1,P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas. Ainda, prevalecerá o respeito aos participantes em sua dignidade e autonomia, respeitando os preceitos legais das Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2012) e 510/2016 (Brasil, 2016) do Conselho Nacional de Saúde.

Para fins de formalização documental da anuência da instituição envolvida e posterior tramitação ética, solicitou-se parecer e aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC.

Como benefícios diretos (a curto prazo), a pesquisa trará benefícios imediatos ao promover a escuta qualificada de profissionais de saúde, usuários/as LGBTQIAPN+ e gestores/as do SUS, possibilitando a identificação de percepções, práticas e obstáculos enfrentados no uso e na oferta da PrEP em Chapecó-SC. Esse levantamento pode gerar subsídios para ajustes pontuais nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da comunicação, acolhimento e adesão à profilaxia. Além disso, ao visibilizar as experiências e demandas da população LGBTQIAPN+, a pesquisa pode fomentar ações educativas e sensibilização das equipes de saúde, com impacto direto na qualidade do atendimento e na redução do estigma relacionado ao HIV e às identidades de gênero e orientações sexuais diversas.

Como benefícios indiretos (a médio e longo prazos), os resultados da pesquisa poderão influenciar políticas públicas e estratégias de saúde mais inclusivas e efetivas, tanto no município de Chapecó quanto em contextos semelhantes. A análise das representações sociais permitirá reflexões mais profundas sobre os determinantes sociais da saúde e as dinâmicas de exclusão que afetam a população LGBTQIAPN+, fortalecendo o compromisso 3/9 com a equidade no SUS. A partir disso, espera-se a consolidação de práticas institucionais mais

sensíveis e comprometidas com os direitos humanos, contribuindo para a construção de uma cultura de cuidado mais respeitosa, sustentável e alinhada às necessidades reais dos sujeitos, além de incentivar novos estudos e intervenções em saúde pública voltados à prevenção do HIV.

Com base nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como na Lei nº 14.874/2024, que trata sobre a integridade na produção de conhecimento e proteção de participantes em pesquisas científicas, seguem os principais riscos envolvidos (comuns aos diferentes grupos de participantes), estratégias de minimização e condutas previstas caso tais riscos se concretizem. A pesquisa está comprometida com os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos — autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade — conforme estabelecido pelas resoluções e legislação vigente.

Para entrevistas presenciais, segue detalhamento dos riscos:

Riscos da Pesquisa:

- Constrangimento ao serem interrogados sobre perguntas que avaliem equivocadamente não ter “conhecimento apropriado” para resposta;
- Exposição acidental de informações sensíveis ou identificação indireta dos participantes (ex.: relatos sobre dificuldades institucionais ou críticas ao sistema de saúde);
- Constrangimento emocional durante entrevistas, principalmente ao tratar de experiências negativas no serviço público de saúde;
- Percepção equivocada de que haverá algum risco de retaliação institucional ou profissional, que possam se sentir vulneráveis ao relatar desafios internos;
- Desconforto com a percepção equivocada de que haverá uso indevido da gravação de voz;

Formas de Minimizar os Riscos:

- Esclarecimento adicional: Deixar ainda mais evidente que não há “conhecimento apropriado” ou verdade absoluta, e que todos os saberes e práticas são valiosos para a pesquisa;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): todos os participantes serão previamente informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da 4/9 pesquisa, com ênfase no caráter voluntário e na possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo;

- Garantia de anonimato e sigilo dos dados: os dados serão codificados e tratados de forma agregada, de modo que não permitam a identificação individual dos participantes ou instituições;
- Ambiente seguro para as entrevistas: os encontros serão realizados em locais neutros e privados (presenciais ou online), de modo a proteger a integridade e o conforto do participante;
- Treinamento da equipe de pesquisa: os pesquisadores envolvidos serão orientados quanto à condução ética das entrevistas, à escuta sensível e à proteção de dados conforme a LGPD e a Lei nº 14.874/2024;

Conduitas Caso os Riscos Se Concretizem, mesmo com as medidas protetivas supracitadas:

- Em caso de exposição indesejada de informações ou desconforto emocional, o participante será imediatamente acolhido, terá o direito de solicitar a exclusão de seu depoimento e, se necessário, será encaminhado para suporte institucional (como ouvidoria, apoio psicológico ou núcleo de apoio ao estudante/servidor, dentro da estrutura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó-SC, e se não for possível, em serviços privados a serem custeados pelo pesquisador responsável);
- Se houver qualquer denúncia ou percepção de retaliação ou coação, a equipe de pesquisa comunicará formalmente ao Comitê de Ética e adotará medidas de proteção à integridade do participante, inclusive com a interrupção do uso de dados provenientes da fonte em questão, se solicitado;
- Na hipótese de incidentes relacionados à imagem, gravação ou voz, o material será imediatamente descartado, e os registros apagados de forma segura, conforme diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);

Para entrevistas virtuais (remotas síncronas), segue detalhamento dos riscos:

Riscos da Pesquisa:

- Dificuldade de acesso ou familiaridade com ferramentas virtuais por parte dos participantes: Alguns participantes podem ter dificuldade de acesso à internet estável 5/9 ou não estarem familiarizados com plataformas de videoconferência ou formulários online, o que pode comprometer a coleta de dados;

- Problemas com a proteção de dados e sigilo dos participantes durante entrevistas virtuais: A coleta de dados sensíveis em ambiente virtual pode apresentar vulnerabilidades, como vazamentos de dados, acesso não autorizado ou gravações sem consentimento explícito;

Formas de Minimizar os Riscos:

- Realizar testes prévios das ferramentas com os participantes (especialmente com os usuários do SUS);
- Oferecer orientações simples e didáticas (vídeos curtos, tutoriais ou instruções passo a passo);
- Frisar a utilização da plataforma Google Meet autenticado como plataforma segura, com criptografia de ponta a ponta;
- Solicitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital antes da entrevista, informando sobre sigilo, uso das informações e direito de retirada;
- Garantir que as entrevistas sejam realizadas em locais reservados, tanto pelo pesquisador quanto pelo participante;

Conduitas Caso os Riscos Se Concretizem, mesmo com as medidas protetivas supracitadas:

- Agendar entrevistas por telefone como alternativa;
- Enviar os questionários por canais acessíveis aos participantes (como WhatsApp ou e-mail);
- Caso seja impossível realizar com determinado público, documentar as limitações metodológicas e discutir seus impactos nos resultados da pesquisa;
- Comunicar imediatamente o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável e os participantes afetados;
- Analisar a extensão do vazamento e tomar providências técnicas para proteger o restante dos dados;
- Interromper temporariamente a coleta de dados até que medidas corretivas sejam implementadas.

A gravação de voz dos participantes será realizada com o objetivo exclusivo de garantir a fidedignidade das transcrições das entrevistas, assegurando a integridade dos 6/9 relatos e a precisão na análise qualitativa dos dados. Essa medida é especialmente importante

considerando a complexidade do tema investigado e o envolvimento de diferentes segmentos sociais. A Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde reconhece a legitimidade da utilização de registros sonoros em pesquisas nas ciências humanas e sociais, desde que precedida de consentimento livre e esclarecido, com garantia de sigilo e respeito à dignidade dos participantes. Assim, todas as gravações só serão realizadas após autorização expressa, registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constarão os propósitos e condições de uso dos áudios.

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012, a Lei nº 14.874/2024 e os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), os áudios serão armazenados de forma segura, com acesso restrito aos pesquisadores diretamente envolvidos na análise do material. As gravações permanecerão arquivadas por um período máximo de cinco anos, conforme previsto nas boas práticas de pesquisa e requisitos éticos para possível auditoria, reanálise ou comprovação científica, sendo posteriormente descartadas de maneira segura e definitiva. Essa prática assegura transparência, rastreabilidade e respeito aos direitos dos participantes, garantindo que os registros não serão utilizados para fins distintos daqueles previamente acordados. A confidencialidade será mantida durante todo o processo, e nenhuma informação que permita identificar os participantes será divulgada nos resultados da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Além disso, conforme estabelece a Resolução CNS nº 466/2012 (item XI.2.h), a Resolução nº 510/2016 e a Lei nº 14.874/2024, a devolutiva dos resultados da pesquisa aos participantes é um dever ético fundamental, assegurando o direito à informação, à transparência e ao retorno social do conhecimento produzido. Para atender a essa exigência, esta pesquisa propõe diferentes estratégias de devolutiva, adequadas aos perfis dos participantes e aos contextos institucionais envolvidos.

Os resultados preliminares e/ou final serão apresentados em reunião aberta dos Conselhos Locais de Saúde localizados nos Centros de Saúde da Família (CSFs) a serem investigados, e também em reunião aberta do Grupo de Pesquisa/CNPq/UFSJ em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES) na UFSJ Campus Chapéu-SC, a serem divulgadas pelas redes sociais institucionais da UFSJ, de modo acessível e dialogado, promovendo espaços de escuta e troca, e convidando todos os atores envolvidos. De modo adicional, e mediante disponibilidade de orçamento institucional na UFSJ, poderão ser produzidos materiais informativos em linguagem simples e objetiva, como boletins, infográficos e vídeos curtos, a serem distribuídos via e-mail, redes sociais das instituições 7/9

parceiras e entregues em serviços de saúde que participaram. Além disso, será disponibilizado aos participantes, serviços de saúde participantes, e gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC, um relatório final digital com os principais achados e recomendações da pesquisa, com livre acesso por meio de repositórios institucionais e links fornecidos a qualquer interessado. Caso haja interesse individual, os participantes poderão solicitar o envio personalizado de um resumo dos resultados. Essas ações visam não apenas cumprir a legislação, mas também fortalecer o compromisso social da pesquisa, estimulando a reflexão crítica, o engajamento comunitário e o uso dos dados para a melhoria da formação em saúde e da gestão do SUS na região.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE: 90347525.0.0000.5564

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFS: 7.860.536

Data de Aprovação: 25/09/2025

Assinatura do Pesquisador Responsável

Telefones: (48) 99987 8245 (Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho) ou (49) 991322347 (Mestranda Eduarda Luiza Maciel Da Silva)

E-mail: claudio.filho@uffs.edu.br ou eduardaluizamds@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS,
Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFS:

Telefone: 49- 2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura: _____

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ASSISTENCIAIS ¹**

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Data: ____/____/____

Iniciais do nome: _____

1. Idade: _____

2. Identidade de gênero:

Homem cis Mulher cis Mulher trans Homem trans Não binário Gênero fluido Outro: _____

3. Orientação sexual:

Heterossexual Gay Lésbica Bissexual Assexual Panssexual Outro: _____

4. Cor ou raça:

preta branca amarela parda indígena Não sabe Não informado

5. Crença ou religião:

Católica Evangélica Espírita Acredita em Deus, mas não tem religião Ateu
 Agnóstico Outros Não informado

6. Estado civil:

casado/a solteiro/a união estável viúvo/a divorciado/a
 desquitado/a ou separado/a Não informado

7. Renda Familiar:

até 2 salários De 2 a 5 De 5 a 10 De 10 a 20 Mais de 20
 Não informado

¹ Roteiro norteador que poderá ser modificado durante a condução do estudo, devido a natureza semi-estruturada do mesmo

8. Cidade em que reside: _____

9. Reside com quem: _____

10. Categoria profissional, cargo exercido, regime de trabalho e tempo de serviço na instituição:

11. Formação escolar/acadêmica (detalhar o curso, tempo de estudo e instituição):

- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização/ Residência incompleto
- Especialização/ Residência completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Curso técnico
- Não informado

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você sabe sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)?
2. Essa temática foi abordada durante a sua formação profissional?
3. Já foi oferecida alguma capacitação a respeito da PrEP no serviço de saúde?
4. Você sabe identificar um indivíduo com potencial para o uso de PrEP?
5. Como você atenderia um paciente que lhe pedisse instruções para o uso da PrEP?
6. Você utiliza abordagens diferentes quando o usuário é LGBTQIAPN+? Se sim, quais?
7. Como você enxerga a PrEP?
8. Quais fragilidades você enxerga na implementação do serviço no município?
9. Quais potencialidades você enxerga na implementação do serviço no município?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GERÊNCIA**

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Data: ____/____/____

Iniciais do nome: _____

1. Idade: _____

2. Identidade de gênero:

Homem cis Mulher cis Mulher trans Homem trans Não binário Gênero fluido Outro: _____

3. Orientação sexual:

Heterossexual Gay Lésbica Bissexual Assexual Panssexual Outro: _____

4. Cor ou raça:

preta branca amarela parda indígena Não sabe Não informado

5. Crença ou religião:

Católica Evangélica Espírita Acredita em Deus, mas não tem religião Ateu
 Agnóstico Outros Não informado

6. Estado civil:

casado/a solteiro/a união estável viúvo/a divorciado/a
 desquitado/a ou separado/a Não informado

7. Renda Familiar:

até 2 salários De 2 a 5 De 5 a 10 De 10 a 20 Mais de 20
 Não informado

8. Cidade em que reside: _____

9. Reside com quem: _____

10. Categoria profissional, cargo exercido, regime de trabalho e tempo de serviço na instituição:

11. Formação escolar/acadêmica (detalhar o curso, tempo de estudo e instituição):

- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização/ Residência incompleto
- Especialização/ Residência completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Curso técnico
- Não informado

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você sabe sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)?
2. Essa temática foi abordada durante a sua formação profissional?
3. Conte sobre o processo de implantação da PrEP no município.
4. Como a implementação da PrEP foi recebida pelas Unidades Básicas de Saúde?
5. Como a implementação da PrEP foi recebida pelo Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS?
6. Existe alguma recomendação oficial no município sobre o atendimento a população LGBTQIAPN+ em uso de PrEP? Se sim, quais?
7. Como você enxerga a PrEP?
8. Quais fragilidades você enxerga na implementação do serviço no município?
9. Quais potencialidades você enxerga na implementação do serviço no município?

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
USUÁRIOS DE PREP LGBTQIAPN+**

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Data: ____/____/____

Iniciais do nome: _____

1. Idade: _____

2. Identidade de gênero:

Homem cis Mulher cis Mulher trans Homem trans Não binário Gênero fluido Outro: _____

3. Orientação sexual:

Heterossexual Gay Lésbica Bissexual Assexual Panssexual Outro: _____

4. Cor ou raça:

preta branca amarela parda indígena Não sabe Não informado

5. Crença ou religião:

Católica Evangélica Espírita Acredita em Deus, mas não tem religião Ateu
 Agnóstico Outros Não informado

6. Estado civil:

casado/a solteiro/a união estável viúvo/a divorciado/a
 desquitado/a ou separado/a Não informado

7. Renda Familiar:

até 2 salários De 2 a 5 De 5 a 10 De 10 a 20 Mais de 20
 Não informado

8. Cidade em que reside: _____

9. Reside com quem: _____

10. Categoria profissional e cargo exercido: _____

11. Formação escolar/acadêmica (detalhar o curso, tempo de estudo e instituição):

- Fundamental ou 1º grau incompleto
- Fundamental ou 1º grau completo
- Ensino médio ou 2º grau incompleto
- Ensino médio ou 2º grau completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização/ Residência incompleto
- Especialização/ Residência completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Curso técnico
- Não informado

12. Utiliza a PrEP há quanto tempo? _____

13. Utiliza a PrEP diária ou sob demanda? Diária Sob demanda

PARTE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você sabe sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)?
2. Como você ficou sabendo da disponibilização da PrEP pelo SUS?
3. Conte sobre como foi o processo desde a primeira consulta até hoje.
4. Como você considera o atendimento dos profissionais de saúde do serviço?
5. Você considera que as suas necessidades, enquanto pessoa LGBTQIAPN+, são consideradas durante o atendimento?
6. Já sofreu algum tipo de estigmatização ou preconceito por ser usuário da PrEP?
7. Como você enxerga a PrEP?