



“Estou feliz e apavorado com o atendimento eficaz do SUS”: início da profilaxia pré-exposição

“I’m happy and terrified by the effective services of SUS”: beginning of PrEP

“Estoy feliz y aterrorizado con la atención eficaz del SUS”: inicio de la PrEP

Deise Taurino Ramos^a

Daila Alena Raencl da Silva^b

Gisele Cristina Tertuliano^c

Cristianne Maria Famer Rocha^d

Denise Taurino Ramos^e

Deise Lisboa Riquinho^d

Como citar este artigo:

Ramos DT, Silva DAR, Tertuliano GC, Rocha CMF, Ramos DT, Riquinho DL. “Estou feliz e apavorado com o atendimento eficaz do SUS”: início da profilaxia pré-exposição. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250139.pt>

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências do início e da manutenção, nos primeiros três meses, da profilaxia pré-exposição ao HIV em Centro de Testagem e Aconselhamento de uma capital do sul do Brasil.

Método: pesquisa qualitativa, ancorada na perspectiva interpretativista. O cenário foi o Centro de Testagem e Aconselhamento. Participaram 28 pessoas, que iniciaram a profilaxia. A geração dos dados ocorreu no período de 2023 a 2024, por meio de diferentes técnicas: entrevistas semiestruturadas, observação participante e consulta ao prontuário. A análise de conteúdo do tipo temática foi adotada.

Resultados: a profilaxia foi considerada uma estratégia que possibilitou o gerenciamento individual das vulnerabilidades relacionadas ao HIV. Entretanto, sua efetividade depende da constituição dos processos de trabalho dos serviços de saúde, o preparo dos profissionais de saúde na qualificação do acesso, no fortalecimento do vínculo e no acompanhamento longitudinal, de modo a enfrentar barreiras multifatoriais que impactam a adesão.

Conclusão: a descontinuidade não se configurou como fenômeno homogêneo, podendo estar atrelada a barreiras organizacionais, decisões individuais, reconfigurações do contexto de vulnerabilidade ou indicações clínicas temporárias.

Descritores: Profilaxia Pré-Exposição; HIV/Aids; Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand the experiences related to the initiation and maintenance, during the first three months, of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) at a Testing and Counseling Center in a capital city in southern Brazil.

Method: Qualitative research, grounded in the interpretivist perspective. The setting was a Testing and Counseling Center. Twenty-eight individuals who initiated prophylaxis participated in the study. Data were generated between 2023 and 2024 using different techniques: semi-structured interviews, participant observation, and medical record review. Thematic content analysis was adopted.

Results: Prophylaxis was considered a strategy that enabled the individual management of HIV-related vulnerabilities. However, its effectiveness depends on the organization of healthcare service work processes and on the preparedness of health professionals to qualify access, strengthen therapeutic bonding, and ensure longitudinal care, in order to address multifactorial barriers that affect adherence.

Conclusion: Discontinuation was not configured as a homogeneous phenomenon and may be linked to organizational barriers, individual decisions, reconfigurations of the vulnerability context, or temporary clinical indications.

Descriptors: Pre-Exposure Prophylaxis; HIV/AIDS; Unified Health System; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las experiencias relacionadas con el inicio y el mantenimiento, durante los primeros tres meses, de la profilaxis preexposición al VIH en un Centro de Pruebas y Asesoramiento de una capital del sur de Brasil.

Método: Investigación cualitativa, anclada en la perspectiva interpretativista. El escenario fue un Centro de Pruebas y Asesoramiento. Participaron 28 personas que iniciaron la profilaxis. La generación de los datos ocurrió entre 2023 y

^a Pesquisador Autônomo. Porto Alegre. RS. Brasil.

^b Secretaria Municipal de Porto Alegre. Porto Alegre. RS. Brasil.

^c Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. RS. Brasil

^d Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Porto Alegre. RS. Brasil.

^e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre. RS. Brasil.

2024, mediante diferentes técnicas: entrevistas semiestructuradas, observación participante y consulta de historias clínicas. Se adoptó el análisis de contenido de tipo temático.

Resultados: La profilaxis fue considerada una estrategia que permitió la gestión individual de las vulnerabilidades relacionadas con el VIH. Sin embargo, su efectividad depende de la organización de los procesos de trabajo de los servicios de salud y de la preparación de los profesionales sanitarios para cualificar el acceso, fortalecer el vínculo terapéutico y garantizar la atención longitudinal, con el fin de enfrentar barreras multifactoriales que afectan la adherencia.

Conclusión: La discontinuidad no se configuró como un fenómeno homogéneo, pudiendo estar vinculada a barreras organizacionales, decisiones individuales, reconfiguraciones del contexto de vulnerabilidad o indicaciones clínicas temporales.

Descriptores: Profilaxis Preexposición; VIH/Sida; Sistema Único de Salud; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

Desde a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 1981, mais de 80 milhões de pessoas em todo o mundo foram infectadas, e cerca de 44,1 milhões morreram de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Globalmente, 40,8 milhões de pessoas viviam com HIV no final do ano de 2024⁽¹⁾. O Brasil ocupa o primeiro lugar entre os países da América Latina em casos de HIV/Aids⁽²⁾.

O Rio Grande do Sul, há mais de uma década, destaca-se como estado com a maior prevalência de HIV e Aids no Brasil; em Porto Alegre, aproximadamente 1,64% dos habitantes convive com o vírus. A epidemia é caracterizada como generalizada⁽³⁾. Isso significa que a transmissão se distribui de forma homogênea na população em geral; exemplo disso é que a capital tem as maiores taxas de detecção de HIV e o maior coeficiente de mortalidade em gestantes, sendo 1,8 vezes maior que a média nacional⁽²⁾.

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), no Brasil, tem sido apontada como uma estratégia fundamental e potente entre os itens da prevenção combinada para o controle da epidemia HIV/Aids, sendo uma oportunidade de mudar a conjuntura da prevenção do HIV e oferecendo uma nova opção de proteção⁽⁴⁾. Tal proposta prevê o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV negativas, prevenindo futura infecção⁽⁴⁾. Sua implantação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi possível após a execução de pesquisas como o PrEP-Brasil e o Estudo Combina, no ano de 2018, em serviços especializados da rede pública brasileira⁽⁵⁾.

A PrEP é um antirretroviral, que pode ser de uso diário ou sob demanda. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da PrEP aponta uma diminuição da incidência de HIV em 95% com seu uso regular⁽⁴⁾. No ano de 2022, houve atualização nos critérios de indicação para pessoas adultas e adolescentes sexualmente ativos e vulneráveis à infecção pelo HIV, ampliando o acesso⁽⁴⁾.

Tratando-se do assunto infecção pelo HIV, inclusive, é pertinente apresentar os conceitos de vulnerabilidade e risco. A vulnerabilidade não é uma condição pessoal nem uma característica humana, mas consequência de uma determinada condição – geralmente um ambiente que restringe ou impede injustamente o desenvolvimento de um ou mais aspectos da vida, deixando a pessoa em uma situação de vulnerabilidade, com maior risco de ter seus direitos negados. Algumas situações específicas de vulnerabilidade podem estar relacionadas com idade, raça/cor, sexo, orientação sexual, condição econômica, origem, características físicas e circunstâncias culturais ou políticas⁽⁶⁾. Já o risco, epidemiologicamente falando, refere-se ao estabelecimento de relações de causalidade entre diferentes exposições e desfechos em saúde, indicando a probabilidade de ocorrência de um evento na população observada⁽⁷⁾. Por sua vez, o conceito de vulnerabilidade engloba o de risco ao incluir a dimensão indivíduo-coletivo e as interferências em diferentes níveis, tanto na exposição quanto na susceptibilidade a um agravo⁽⁸⁾.

Fatores estruturais e socioculturais, como pobreza, baixa renda, desigualdades educacionais, racismo, violência e trabalho sexual, são apontados como determinantes para não iniciar, não aderir ou interromper a PrEP^(9,10). Estudos relatam, ainda, dificuldade de inclusão de trabalhadores do sexo, travestis e mulheres trans, além das preocupações dos usuários com os efeitos à saúde em longo e curto prazo, risco autopercebido de adquirir HIV, consciência limitada e estigma social contribuem para a descontinuidade^(11,12). O abandono e o número de interrupções do acompanhamento das pessoas que iniciaram o uso da profilaxia no Rio Grande do Sul em 2024 totalizaram 32% (n=2.269)⁽¹³⁾.

Acredita-se que compreender as semelhanças e diferenças nas experiências em relação à PrEP em todos os grupos sociais, considerando-se a intersecção das barreiras e a forma de acesso à profilaxia, pode influenciar as experiências e a continuidade do uso⁽¹²⁾. Portanto,

o objetivo deste estudo é entender as experiências do início e da manutenção da PrEP nos primeiros três meses em um Centro de Testagem e Aconselhamento de uma capital do sul do Brasil.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada na perspectiva interpretativista. A pesquisa qualitativa explora o universo de significados, motivos, atitudes, crenças e valores das pessoas envolvidas no fenômeno em estudo⁽¹⁴⁾. A perspectiva interpretativista busca acessar as interpretações de determinados grupos sociais a partir dos seus modos de vida e expressões⁽¹⁵⁾.

O estudo foi realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de uma capital do sul do Brasil. Reconhecido como serviço de referência para toda a população, o CTA oferece diversas estratégias de prevenção, como a testagem rápida para o HIV, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

A abordagem inicial dos participantes ocorreu presencialmente no CTA. No momento da inclusão na profilaxia, todas as pessoas em atendimento foram convidadas a participar do estudo, consecutivamente. Durante três dias da semana, por 60 dias, de 15 de dezembro de 2023 a 18 de maio de 2024, ocorreu a geração dos dados. Os participantes e a pesquisadora não se conheciam previamente. O contato inicial ocorreu no momento da abordagem, com o convite à participação, sendo comunicado que a entrevistadora, enfermeira e estudante de mestrado, fazia parte de uma equipe de pesquisa interessada em compreender aspectos da profilaxia pré-exposição.

Participaram da primeira entrevista, considerada como momento zero, 28 pessoas. Os critérios de inclusão foram: idade acima de 18 anos; agendamento no serviço para uso inicial de PrEP; e telefone com linha ativa para contato. Não houve critério de exclusão. Seis usuários decidiram não participar, dois não tinham critério de elegibilidade por não terem um número de contato e viverem sob tutela do Estado (FASC), e um participante retirou seu consentimento após a primeira entrevista. O número de participantes foi orientado pelo “poder da informação”, sendo consideradas, para o objetivo do estudo: especificidade da amostra, teoria, qualidade do diálogo e estratégia de análise⁽¹⁶⁾.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal (momento zero), baseando-se no roteiro semiestruturado em duas etapas. Na primeira etapa, as entrevistas foram presenciais no CTA, em uma sala individual, somente para pesquisadora e participante, com vistas a manter um ambiente confortável e seguro, em um tempo estimado de 30 minutos (Quadro 1). O instrumento tinha 11 perguntas; além da caracterização sociodemográfica, foram contemplados dados referentes ao acesso, ao início da profilaxia, à motivação e às experiências em relação ao atendimento. Foi realizada a observação participante do momento da chegada do participante até a dispensação da medicação, enfocando aspectos do acesso e acolhimento. A observação participante permite ao pesquisador utilizar o contexto sociocultural do ambiente observado, visando a obter compreensão profunda de um tema ou situação particular por meio dos significados atribuídos ao fenômeno pelos indivíduos que o vivem e experimentam⁽¹⁷⁾. Utilizou-se um diário de campo para anotações das vivências durante o processo de coleta de dados.

As entrevistas subsequentes, referentes aos marcos temporais de 30 e 90 dias (Quadro 1), foram semiestruturadas, com 10 perguntas sobre a manutenção, o uso da medicação e o retorno do acompanhamento. As perguntas foram feitas pela pesquisadora principal, por meio de ligação telefônica via celular, e as respostas foram gravadas em aparelho digital, com autorização prévia dos entrevistados. O tempo médio das ligações foi de 25 minutos. Foram feitas anotações durante as ligações. Em caso de não responder à ligação após três tentativas em distintos momentos, em um período de uma semana, o prontuário eletrônico foi consultado no CTA para saber se o usuário retirou a medicação. A manutenção era assegurada com a informação da retirada da medicação; a descontinuidade era constatada quando não havia registro da retirada ou motivo para a interrupção no prontuário. Em nenhuma das etapas, foi realizado teste piloto. Apesar disso, avaliaram-se as primeiras cinco entrevistas quanto à compreensão das perguntas e temas apresentados, não sendo necessária nenhuma modificação. As entrevistas foram transcritas com uso do aplicativo Transkriptor®⁽¹⁸⁾. Não foi necessário repetir nenhuma entrevista.

Quadro 1- Contatos e entrevistas dos participantes da pesquisa no momento zero, em 30 e em 90 dias. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024.

Contatos e entrevistas no momento 0, 30 e 90 dias dos participantes da pesquisa					
Momento	Participantes Entrevistados	Buscaram a PrEP	Descontinuaram a PrEP	Não responderam às tentativas de contato telefônico	Observações
Zero	28 pessoas (Presencial)	28 iniciaram o uso	-	-	Três optaram por PrEP sob demanda; 25 optaram por PrEP diária
30 dias	22 pessoas (Presencial ou Telefônico)	24 mantiveram uso	4 descontinuaram o uso	6 não atenderam às tentativas de contato telefônico	Revisão do prontuário de seis pessoas que não atenderam ao telefone, a fim de verificar o acompanhamento e retirada da PrEP.
90 dias	22 pessoas (contato telefônico)	22 mantiveram uso	6 descontinuaram o uso	8 não atenderam às tentativas de contato telefônico	Revisado no prontuário se acompanhamento e retirada da PrEP para oito pessoas que não atenderam ao telefone.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

Utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática⁽¹⁴⁾ respeitando as suas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As entrevistas transcritas integralmente foram importadas em formato .docx para o *software* Nvivo®⁽¹⁹⁾ e codificadas de forma independente por dois pesquisadores. Cada participante foi identificado por um código alfanumérico (por exemplo, A1, A2, A3), de modo a preservar o anonimato. Em seguida, procedeu-se à leitura aprofundada com codificação aberta, na qual trechos relevantes das falas foram destacados e atribuídos a nós no NVivo®⁽¹⁹⁾. Esses nós representaram unidades de significado, definidas como segmentos textuais que expressavam percepções, experiências e sentidos relacionados ao conhecimento, início e manutenção da PrEP. Sendo identificadas aproximadamente

112 nós de significado. Por exemplo, o trecho “eu falhei na camisinha nessas exposições, então, a PrEP, ela vem mais no sentido de ter uma proteção extra” foi codificado no nó inicial “motivação para início da PrEP”. Já a fala “eu tinha problema de tomar comprimido” foi alocada no nó “dificuldades na adesão”.

A análise ocorreu de forma interativa, com discussões sistemáticas entre dois codificadores. As divergências identificadas durante o processo de codificação e categorização foram debatidas até o alcance de consenso, contribuindo para o rigor analítico e a consistência interpretativa dos achados. Após a leitura aprofundada e classificação das falas, foram recortadas as unidades a serem referenciadas por temas, as quais, agrupadas por convergência de ideias⁽¹⁴⁾, deram origem às três categorias: “Conhecendo a PrEP: divulgação e acesso”;

“A PrEP como uma proteção extra e biotecnológica”; e “Experiências na continuidade da PrEP em 30 e 90 dias”.

Não foi prevista, no desenho da pesquisa, a devolução das transcrições aos participantes para comentários ou correções, tendo as pesquisadoras assumido arbitrariamente tal decisão. Além disso, o acompanhamento longitudinal com três momentos de entrevista possibilitou aprofundamento e confirmação de sentidos ao longo do processo, contribuindo para a consistência interpretativa dos achados. Para garantir e orientar a pesquisa, seguiram-se as recomendações Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)⁽²⁰⁾.

Os aspectos éticos do estudo foram respeitados conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽²¹⁾. A pesquisa foi submetida e aprovada em dois Comitês de Ética em Pesquisa, sob os números CAAE Nº: 73048923.4.0000.5347 e 73048923.4.3001.5338. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 28 pessoas (Quadro 2), com idades entre 20 e 57 anos, sendo a média de 30 anos. No que se refere à identidade de gênero, 25 participantes se identificaram como homens cisgênero, duas como mulheres transgênero e uma como mulher cisgênero. Quanto à orientação sexual, 21 declararam-se homossexuais, cinco bissexuais, uma pansexual e uma heterossexual. Em relação à raça/cor, 23 se autodeclararam brancos. A maioria possuía 12 anos ou mais de escolaridade (n=26) e informou estado civil solteiro(a) (n=25).

Durante a observação participante⁽¹⁷⁾ realizada no CTA, observou-se um ambiente físico estruturado e funcionalmente organizado para a realização de testagem, aconselhamento e oferta de profilaxia para HIV. A presença de uma área de espera com cadeiras e materiais informativos sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e métodos de prevenção evidencia a preocupação com a promoção da saúde. O atendimento inicial ocorre por meio de duas janelas de acrílico na recepção, pelas quais os usuários realizam o cadastro e recebem orientações.

No entanto, um dos problemas evidenciados na configuração do espaço físico é a falta de distanciamento entre as cadeiras de espera e a área de comunicação com a recepção. Essa proximidade compromete a confidencialidade das interações iniciais, podendo expor os usuários a situações de constrangimento, especialmente em um serviço que lida com informações sensíveis relacionadas à saúde sexual. Isso revela a importância de se repensar o *layout* do ambiente, de modo a garantir maior privacidade e respeito ao sigilo desde o primeiro contato com o serviço. Já as salas de consulta, localizadas na parte interna, são reservadas e asseguram a privacidade necessária para o acolhimento e aconselhamento individual.

Além da estrutura, as dinâmicas de acesso aos serviços revelam desigualdades e questões de visibilidade social. Foi identificado que, no CTA, o perfil majoritário de usuários é composto por homens brancos, enquanto, no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), responsável pelo cuidado contínuo às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e localizado ao lado do CTA, predominam pessoas pretas de ambos os gêneros. Essa distinção entre os perfis atendidos em cada serviço acende um alerta sobre a forma pela qual marcadores sociais, como raça e gênero, influenciam o acesso, a busca por cuidado e a própria percepção do risco relacionado ao HIV.

Em conversas com profissionais do CTA, emergiu a preocupação com a discrepância entre o perfil dos usuários atendidos e aquele socialmente compreendido como mais suscetível ao HIV. Tal percepção aponta para possíveis barreiras estruturais que afetam o acesso aos serviços de prevenção⁽¹²⁾ por grupos historicamente mais expostos ao risco, como mulheres negras, populações periféricas e pessoas transsexuais. Tais achados indicam a necessidade de estratégias que ampliem o alcance e a equidade na oferta de serviços, de maneira a efetivamente contemplar os diferentes perfis de vulnerabilidade presentes no território.

A seguir, apresentam-se os achados empíricos organizados nas três categorias analíticas.

Conhecendo a PrEP: divulgação e acesso

A aproximação da profilaxia pelos participantes ocorreu de formas distintas, e salienta-se que eles relataram mais de uma fonte de informação. Abaixo,

Quadro 2- Características dos participantes que iniciaram a PrEP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024.

Nome	Idade	Cor/ Etnia	Gênero	Orientação Sexual	Escolaridade	Estado Civil
A01	35	Preto	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A02	20	Branco	Mulher Transgênero	Pansexual	12 anos ou mais	Solteiro
A03	37	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Casado
A04	26	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A05	26	Branco	Mulher Cisgênero	Bissexual	12 anos ou mais	Solteiro
A06	21	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	4 a 7 anos	Solteiro
A07	23	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	8 a 11 anos	Solteiro
A08	23	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos e mais	Solteiro
A09	29	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A10	35	Preto	Homem Cisgênero	Bissexual	12 anos ou mais	Casado
A11	30	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A12	24	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A13	40	Pardo	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A14	40	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A15	20	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A16	24	Branco	Homem Cisgênero	Bissexual	12 anos ou mais	Solteiro

Quadro 2- Cont.

Nome	Idade	Cor/ Etnia	Gênero	Orientação Sexual	Escolaridade	Estado Civil
A17	32	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A18	39	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A19	47	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A20	28	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A21	29	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A22	23	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A23	27	Pardo	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A24	44	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A25	26	Branco	Homem Cisgênero	Homossexual	12 anos ou mais	Solteiro
A26	37	Branco	Homem Cisgênero	Bissexual	12 anos ou mais	Solteiro
A27	53	Branco	Mulher Transgênero	Heterossexual	12 anos ou mais	Divorciado
A28	21	Amarelo	Homem Cisgênero	Bissexual	12 anos ou mais	Solteiro

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

no Quadro 3, são apresentadas as falas que ilustram o contato inicial e o ponto de partida referentes às fontes de informação pelas quais os participantes tiveram conhecimento da profilaxia pré-exposição.

Percebe-se que a descoberta sobre a PrEP se deu mediante trocas de informações com pessoas com vínculo afetivo e/ou sexual, entre amigos próximos

ou via plataformas de mídias digitais. Estudos⁽²²⁻²³⁾ evidenciam o papel do apoio social de pares e sua associação com maiores taxas de conhecimento e adesão à profilaxia e diminuição dos efeitos negativos do estigma e discriminações. Percebe-se que há pouca presença de instituições de saúde tradicionais na divulgação de conteúdos relacionados à PrEP. No entanto, o

Quadro 3- Fontes de informação sobre a PrEP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024.

Fontes de informação	Falas dos Entrevistados
Amigos (citado por 18 participantes)	<i>A PrEP foi com amigos, com indicações. Eles começaram a utilizar e falaram, mais pelo benefício da segurança. (A18)</i>
Internet (citado por 15 participantes)	<i>Eu pesquisei no Google, já faz tempo que eu sei sobre, mas só agora que eu decidi ir atrás para começar a tomar. Estou trabalhando com prostituição, e eu já tinha conhecimento porque as meninas lá da boate, uma delas já toma. (A05)</i>
Parceiro (citado por oito participantes)	<i>Ouvi falar pela primeira vez com o menino com quem eu tive uma relação sem preservativo. Daí, eu fiquei preocupada se ele tinha me transmitido alguma coisa, e [...] e ele disse que tomava PrEP. Ele me explicou o que era. (A02)</i>
Ambulatório Trans/ Profissionais de Saúde (citado por seis participantes)	<i>Ouvi no ambulatório trans e pensei em fazer. (A27) Na verdade, eu já fiz o meu tratamento para hepatite B aqui, então, eu falei com o doutor, e ele me encaminhou. (A22)</i>
Uso PEP (citado por quatro participantes)	<i>Eu tive uma situação há uns dois anos em que eu precisei fazer o PEP, e foi assim que eu tomei mais conhecimento do PrEP. Como eu vinha já há algum tempo com dificuldades de usar camisinha com vários parceiros, eu resolvi iniciar agora. (A13)</i>
Folder (citado por um participante)	<i>Acho que foi numa parada livre, mas foi no folder que eu vi sobre PrEP. (A10)</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

Ambulatório Trans tem divulgado a prevenção combinada, considerando a presença de duas mulheres trans vinculadas à instituição. Torna-se possível a discussão em relação à forma de divulgação, conforme as falas:

Eu acho que é pouco divulgada, também, essa questão da profilaxia pré-exposição. Por isso, eu demorei tanto tempo para buscar o atendimento. (A24)
[...] tem muito pouca informação disponibilizada, mas, assim, a gente tem que ir atrás e descobrir. Pra ir atrás é fácil, mas ela vir até ti, eu não vejo isso. (A18)

Existe um desafio na divulgação, referente às evidências de que a demanda por PrEP se concentra somente entre homens gays e bissexuais com alta/média renda e escolaridade superior⁽²³⁾, com reduzida procura de populações igualmente vulneráveis ao HIV, como mulheres trans e cis, trabalhadoras sexuais e gays de menor escolaridade. Os participantes destacaram que sentem falta de divulgação nas mídias em geral e

de informações com a linguagem acessível a todo tipo de público, evitando nomear explicitamente grupos de alto risco e, assim, reduzindo preconceitos. É evidente a preocupação dos usuários diante desse tema:

Existe pouca divulgação sobre a PrEP, mesmo depois de tantos anos, que ela está em vigência para as pessoas, porque eu falo para os meus colegas de trabalho [...], e a maioria não sabe que existe PrEP! A maioria me diz: o que é isso? Tu estás com HIV? Tu te picaste? Eu tenho que dizer: "não, isso é um anticoncepcional de HIV". Esse é o único jeito que as pessoas conseguem entender o que é, então, eu acho que tem que existir divulgação, campanha de PrEP, pois carece bastante a divulgação e conscientização da população em geral. (A15)

Observa-se o quão complexo e controverso é esse padrão de divulgação, especialmente no que diz respeito à inclusão de identidades de gênero e preferências

sexuais nos critérios de elegibilidade, diferenciando-se da norma heterossexual predominante. Essa construção deu-se por muito tempo e reforça o estigma de certos grupos populacionais, além de perpetuar a ideia errônea de que somente pessoas que se enquadram nos padrões heteronormativos estão isentas do risco de adquirir o HIV e, por isso, não se enquadram nos critérios para a PrEP⁽²⁴⁾.

A possibilidade de infecção pelo HIV não se limita a determinados grupos sociais; contudo, as vulnerabilidades são estruturais e produzem iniquidades, refletindo estruturas históricas de racismo, sexismo e desigualdade socioeconômica. Nos dados oficiais, no ano de 2022, observou-se o predomínio da categoria de exposição de homens que fazem sexo com homens (HSH) nas regiões Sudeste (49,8%), Centro-Oeste (47,5%) e Nordeste (34,8%), enquanto nas regiões Norte (48,5%) e Sul (45,9%) o predomínio foi da categoria heterossexual⁽²⁾. Porém, mesmo com esses dados, e apesar de os critérios de elegibilidade terem mudado, ainda há pouca divulgação dessa mudança, o que não garante que todos os grupos tenham acesso adequado à prevenção do HIV⁽⁴⁾. A divulgação não somente reduzirá o estigma associado ao HIV, como também promoverá a equidade e justiça na saúde, contemplando todos os que desejam utilizar a profilaxia.

Historicamente, a população negra é a que mais apresenta óbitos por Aids no país⁽²⁾. É importante atentar para os resultados e discussão apresentados, focalizando as possíveis engrenagens sociais que cooperam e atuam com as matrizes de opressão. É necessário refletir interseccionalmente, considerando que questões como raça/cor, classe e gênero se articulam⁽²⁵⁾, ou seja, é relevante avaliar como essas características dos indivíduos interferem no acesso e na adesão ao cuidado em saúde. Deve-se lembrar que a mudança da sociedade depende de práticas não discriminatórias, não preconceituosas e antirracistas como parte de uma estrutura⁽²⁶⁾.

Os desafios associados ao acesso à PrEP, incluindo a distância entre a residência ou trabalho e o serviço de saúde, tendo em vista o tempo de deslocamento e os custos de transporte, foram discutidos durante as entrevistas e demonstraram influenciar o início da profilaxia. Em suma, a maioria dos participantes (n=22) ou morava, ou trabalhava perto do CTA.

A PrEP como uma proteção extra e biotecnológica

Após tomarem conhecimento da possibilidade de prevenir o HIV, os participantes expressaram os motivos que os levaram a iniciar o uso da profilaxia: ter relações desprotegidas, uso repetido de PEP, medo de pegar HIV, relação sorodivergente, estar solteiro, relacionamento aberto e ser trabalhador do sexo. A principal sensação atribuída à PrEP foi de “proteção”, mas em contextos variados, que vão desde “segurança a mais” no uso concomitante de outras formas de prevenção, como o preservativo, até a redução do receio e da preocupação após relação sexual desprotegida, conforme as falas:

O fato de que eu tive mais exposições de risco no último ano, tive três exposições ao longo de um ano, o que, para mim, é bastante. No caso, eu falhei na camisinha nessas exposições, então, a PrEP, ela vem mais no sentido de ter uma proteção extra para situações em que eu não consigo usar camisinha por algum motivo. (A08)

Porque eu sou uma pessoa que tenta bastante usar preservativo nas minhas relações, só que eu tenho que fazer um controle muito forte, porque muitas vezes eu não quero usar, daí, depois, eu fico com uma cabeça muito bitolada, porque sei que me expus ali. Eu acho que vai ser uma segurança maior para esses casos. (A02)

Observou-se que as respostas mais frequentes à pergunta sobre os métodos de proteção contra o HIV foram a PrEP e a camisinha/preservativo. A PrEP está conduzindo uma mudança, no sentido de maior medicalização, realçando a importância dos tratamentos e das intervenções biomédicas na gestão de HIV e Aids. Isso sugere que a atenção deve ser desviada de outras dimensões importantes, como os aspectos sociais, culturais e comunitários da saúde⁽²⁷⁾. Embora a PrEP seja percebida como estratégia de proteção eficaz, os relatos não abordam em profundidade as dimensões estruturais do risco, como desigualdades raciais ou barreiras de acesso aos serviços de saúde. Essa assimetria sugere que a prevenção é frequentemente compreendida no contexto individual o que demanda atenção para a incorporação de abordagens interseccionais na produção do cuidado. Percebe-se um regresso,

nessa visão mais centrada em soluções biomédicas e técnicas, à semelhança da perspectiva predominante nos primeiros anos da eclosão da epidemia, na década de 1980^(27,28). A biomedicalização da prevenção, o preconceito, o estigma e o avanço do conservadorismo prejudicam a resposta brasileira à Aids⁽²⁹⁾.

O desafio agora é entender como as novas tecnologias responderão à epidemia e, além disso, considerar o HIV/Aids na sua totalidade, com implicações significativas em termos de prevenção, educação e cuidados⁽²⁹⁾. O SUS, no Brasil, desempenha um papel fundamental em prevenção e promoção de saúde, destacando-se a incorporação de diferentes ações em resposta às necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV, a partir das Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids⁽⁴⁾. Os participantes avaliaram como positiva a inclusão desse recurso de prevenção no SUS, como se percebe nesta fala:

Muito legal a PrEP estar disponível no SUS. Eu estou feliz e apavorado com o atendimento eficaz do SUS. Não tinha a mínima ideia de que era tão eficaz assim. (A19)

Salienta-se a importância de considerar cada indivíduo como único no seu contexto social, cultural e pessoal, quando se trata de questões relacionadas com a saúde. Reconhece-se que cada pessoa tem a sua própria experiência e o seu próprio conjunto de circunstâncias que influenciam o seu bem-estar, sendo necessário personalizar as intervenções de saúde para atender às necessidades específicas de cada pessoa, empoderando e dando autonomia nos cuidados de saúde⁽⁴⁾. Além disso, o serviço precisa ter esse olhar individual porque gera benefícios ao coletivo.

Pensando na epidemia generalizada do HIV, alguns grupos apresentam maior vulnerabilidade na vida sexual, a exemplo das mulheres que têm algum conhecimento básico ou nenhum sobre a prevenção do HIV/Aids, sendo o principal referente à prevenção por meio do uso de preservativos⁽³⁰⁾. Segundo Foucault⁽³¹⁾, o amor romântico é mais presente no imaginário das mulheres do que no dos homens, distinguindo as normas de conduta emocional e indicando um compromisso cultural amparado na repressão da sexualidade feminina, como se observa nesta fala:

Porque, como eu tenho um parceiro que é heterossexual, então, sempre teve relações com mulheres, ele não quis usar camisinha, nunca quis. Eu sempre digo que a gente tem que confiar no parceiro, mas eu confio e desconfio, principalmente na questão do sexo. Sei que não deveria ser assim. (A27)

É preciso universalizar e garantir o acesso pleno de todas as pessoas que desejem e precisem dos métodos combinados de prevenção ao HIV. É de grande importância a sensibilização dos profissionais de saúde quanto aos direitos da população e à oferta da atenção integral na rede de serviços do SUS para a população em geral⁽⁴⁾. Exemplo disso é uma situação de vulnerabilidade em que o acesso especializado seria fundamental para o atendimento:

Eu só acho que poderia ter um local 24 horas, porque nas vezes em que eu precisei da PEP, por exemplo, fui muito maltratada em outros lugares. Eles tratam a gente como: “ah, se você fez...”, até mesmo quando eu fui abusada sexualmente, então, agora, tu tens que ser maltratada, não explicam direito. Então, seria legal um lugar igual aqui, que acolhe e que é especializado nisso, que funcione sábado e domingo, horários de emergência. Deveriam ampliar esse acesso, mais pela questão do horário. (A05a)

Há preocupação em relação aos serviços de saúde que fornecem acesso à prevenção do HIV, pois podem ser suscetíveis a cortes programáticos ou, muitas vezes, estão limitados em seu escopo e capacidade⁽²²⁾. Por exemplo, podem concentrar-se na realização de avaliações de risco e fornecimento de intervenções básicas, como distribuição de preservativos e testes de HIV. No entanto, podem não ser suficientes para abordar questões mais profundas, relativas ao estigma e ao preconceito em torno do HIV⁽²²⁾, sendo crucial que os serviços de saúde recebam recursos adequados não somente para fornecer intervenções em amplos aspectos^(10,24).

Experiências na continuidade da PrEP em 30 e 90 dias

O seguimento das consultas é periódico, e, após o início da medicação, os usuários realizam a primeira

avaliação em até 30 dias e, depois, se estável, a cada 90 dias. Pode ser necessário um seguimento mais próximo, em casos de sintomas de IST, eventos adversos da medicação ou alterações nos exames de seguimento⁽⁴⁾.

Compreender o processo de cuidado farmacoterapêutico e de tomada de decisão para iniciar uma profilaxia envolve uma série de fatores, como a avaliação dos benefícios percebidos, os efeitos colaterais, as crenças pessoais sobre a saúde e doença, e as experiências anteriores com medicamentos, entre outros⁽³²⁾. Os participantes percebem melhoria na qualidade de vida ao recorrer à PrEP, com reflexo na segurança e tranquilidade sentidas com o uso da profilaxia. Tal percepção é apresentada nas falas a seguir:

Agrega a questão da segurança no quesito sexual entre mim e meu namorado. Como a gente é soro divergente, a gente se sente agora mais tranquilo. Eu até já me sentia, mas, pra ele, eu vejo que ele ficou bem mais seguro. Parece que ele relaxou um pouco mais. (A22)

Assim, me deu mais tranquilidade, assim, uma sensação de segurança. Menos preocupação caso aconteça algum ato sexual desprotegido. (A01)

Um dos fatores apresentados como facilitadores para o uso diário da PrEP é o usuário já usar outros medicamentos na sua rotina. Em contraponto, um obstáculo à continuidade da profilaxia no Brasil, conforme os estudos⁽¹⁰⁾, caracteriza-se pela dificuldade de inserir um medicamento na rotina diária, e alguns dos participantes apontaram esse motivo como um dos determinantes para não utilizar a PrEP.

Como eu relatei para a médica, eu tinha problema de tomar comprimido. Eu sou uma pessoa que de vez em quando toma um paracetamol para dor de cabeça, é desconfortável ter que tomar um medicamento. (A09)

Eu não gosto de tomar remédio. Se eu pudesse não tomar, eu não tomaria, mas não é só isso, tem os riscos. (A12)

Dessa forma, uma abordagem compreensiva do cuidado farmacoterapêutico requer consideração cuidadosa para buscar formas de apoiar os indivíduos

nas tomadas de decisão, que devem ser informadas e estar alinhadas com suas necessidades. Reconhece-se a complexidade do processo decisório⁽²⁹⁾, uma vez que ele pode se refletir nas experiências, preocupações e preferências individuais. A decisão conjunta pode ser exemplificada na fala do participante A03, que conversou com a profissional sobre utilizar a PrEP sob demanda já no início da profilaxia:

Eu achei prático, por não ser todos os dias, não vi essa necessidade, mas talvez seja mais fácil se fosse todos os dias, então, estou pensando ainda... Será uma coisa até que é pra conversar com a médica quando eu voltar, porque ela está dando um tempo maior, pra ver se eu prefiro assim ou se é melhor seguir todos os dias. (A03)

Todavia, essa decisão em conjunto pode não acontecer, a exemplo do participante que não queria iniciar a profilaxia. Porém, após duas exposições, os profissionais convenceram-no, e ele utilizou a PrEP, mas somente por três semanas:

Bom, eu não gosto de tomar medicação, não. Mas essa, específica, eu não sei, eu não quero, eu não gosto de tomar esse tipo de medicação, porque eu acho que me dá uma liberdade a mais. É como se eu devesse fazer algo, já que eu estou tomando a medicação, meio que dá mais liberdade para ter relações de risco; é uma segurança, só que não é uma segurança que eu ache boa ou positiva. (A12)

Essa fala evidencia a importância de considerar os comportamentos individuais e as práticas de saúde sexual ao se implementarem estratégias de prevenção. Estudos indicam não haver correlação verdadeira entre uso de PrEP e compensação de risco⁽³³⁾. Ao contrário, o uso da profilaxia pode aumentar a proteção contra a infecção, independentemente do uso sistemático de preservativos. Indivíduos que já usam o preservativo podem aumentar ainda mais sua proteção ao adicionar a PrEP à sua rotina. Por outro lado, aqueles que não usam preservativos regularmente em suas práticas sexuais dificilmente passarão a utilizá-los associado à profilaxia. Outra questão é percebida nos relatos sobre os paradigmas em relação à exposição de risco e a profilaxia:

Eu continuo muito apavorado e assustado porque as pessoas me dizem que, porque eu agora tomo PrEP, não preciso usar mais camisinha. Então, eu vou a um ambiente onde as pessoas transam, e eu vejo essa situação, o pouco uso de preservativo, com esse relato de uso de PrEP, só que, como todo relato, ele é referido, não tem como confiar. (A10)

São vários os desafios que a oferta da PrEP exige, portanto, é preciso dar atenção especial à continuidade, tanto para desenvolver estratégias para aumentar o vínculo com os serviços, quanto para identificar indivíduos mais vulneráveis e apoiá-los no uso cotidiano do medicamento. O aconselhamento, juntamente com o acolhimento, são fundamentais para a manutenção⁽⁴⁾. Questões relacionadas à privacidade e à qualidade do atendimento garantem que os usuários se sintam apoiados e protegidos ao buscarem esse recurso de prevenção do HIV. Sentir-se bem no local foi um tópico discutido, sinalizado como um facilitador ou como barreira em diversas falas:

Maravilhoso, eu achei sensacional. Eu acho que a grande vantagem é esse acompanhamento, fazer os exames com frequência, ter uma orientação permanente. A marcação das consultas é tranquila, fazer os exames na rede disponibilizada também é muito legal, eu sempre fui atendido nos horários marcados. Enfim, não tenho nada a reclamar, pelo contrário, eu estou achando maravilhoso o atendimento. (A13)

Quanto ao atendimento das pessoas, eu acho que essa parte deveria ser mais sigilosa e resguardar algumas coisas; por exemplo, a moça da recepção, aquele vidro que tem na frente dela impede que a gente fale num tom de voz normal ou baixo. (A15)

Além disso, as informações dos profissionais precisam ser de fácil entendimento, com sentenças curtas e retomadas ao final da conversa, com a pergunta sobre o que foi entendido pela pessoa. Quando isso não acontece, pode levar à desconfiança ou a uma decisão de não usar a profilaxia por falta de compreensão. Essas experiências, relatadas desde o início, com quatro casos de descontinuidade após os 30 dias e seis até os 90 dias, trouxeram dados específicos, principalmente

em relação aos motivos da descontinuação da PrEP, apresentados no quadro a seguir.

As experiências demonstram os facilitadores e as barreiras para manter a PrEP no cotidiano e podem variar de indivíduo para indivíduo. Dos 28 participantes, seis descontinuaram nos primeiros três meses. Os principais facilitadores relatados durante as entrevistas foram o acolhimento da equipe do SUS, a facilidade no agendamento, o acompanhamento regular da saúde com exames, o atendimento gratuito, a proximidade do CTA em relação à moradia ou ao local de trabalho e a sensação de estar mais protegido. Isso mostra que o SUS, quando bem implementado, cumpre seu papel de promover acesso, integralidade, vínculo e continuidade do cuidado^(4,34), especialmente em serviços estratégicos, como os Centros de Testagem e Aconselhamento, com papel importante na prevenção e controle das ISTs.

Em relação às barreiras, foram apontados: a falta de horários além do comercial; a comunicação não efetiva entre as equipes para acessar a profilaxia; a divulgação estigmatizada; o estigma relacionado ao HIV e à PrEP; a compensação de risco; e a tomada da medicação diária. Percebe-se que algumas dessas barreiras já estão descritas na literatura^(9,10,12), em situações que contribuem para a interrupção da profilaxia, como: diagnóstico de infecção pelo HIV; desejo da pessoa de não mais utilizar o medicamento; mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção; persistência ou ocorrência de eventos adversos relevantes^(9,12).

Estudos apontam que os determinantes sociais da saúde são importantes preditores das disparidades raciais e étnicas na adesão à PrEP^(9,10,35). Outro estudo analisou a descontinuidade da PrEP no decorrer de uma emergência climática em capital do sul do Brasil e relatou interrupções no acesso à medicação, falhas na comunicação institucional e sensação de insegurança em relação à manutenção do cuidado como fatores contribuintes para a descontinuidade do uso da profilaxia⁽³⁶⁾.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados: a) o perfil dos participantes, majoritariamente composto por homens cisgênero, brancos e com elevada escolaridade, pode não refletir a diversidade de populações em maior vulnerabilidade ao HIV, como mulheres negras, populações periféricas e pessoas trans em maior

Quadro 4- Descontinuidade e motivos entre usuários da PrEP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024.

Manutenção da PrEP após os 30 dias: 24 participantes em uso de PrEP Manutenção da PrEP nos 90 dias: 22 participantes em uso de PrEP			
Participante	Descontinuidade após os 30 dias	Descontinuidade após os 90 dias	Motivo de descontinuação
A02	Descontinuou	Retornou ao uso	Barreiras em relação aos horários de atendimento e informações desconstruídas da equipe de saúde. Após o segundo mês, conseguiu retirar a profilaxia, apesar das dificuldades de acesso.
A04	Manteve o uso	Descontinuou	Encerramento do estilo de relacionamento aberto.
A06	Descontinuou	Descontinuou	Mudança para outro estado do Brasil; não acessou ao serviço até o momento.
A08	Manteve o uso	Descontinuou	Recuperando-se de hepatite A, não está usando a PrEP por orientação médica.
A09	Manteve o uso	Descontinuou	Mudança para outro país, sem acesso ao serviço no momento.
A12	Descontinuou	Descontinuou	Dificuldade na adesão diária e percepção de menor risco (compensação de risco)
A27	Descontinuou	Descontinuou	Problemas hormonais, dificuldades emocionais e questões conjugais.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2024.

exclusão social. Essa composição pode ter influenciado as experiências relatadas, restringindo a amplitude de perspectivas analisadas; b) a definição operacional de descontinuidade baseou-se na ausência de retirada da medicação registrada em prontuário ou na declaração de interrupção, o que pode não captar nuances como pausas temporárias planejadas, transições assistenciais para outros serviços ou mudanças estratégicas no uso da profilaxia; c) o acompanhamento limitado aos primeiros 90 dias permitiu compreender o início da experiência com a PrEP, mas não possibilita avaliar sua manutenção em médio e longo prazo, nem identificar padrões sustentados de adesão ou interrupção; d) a não devolução das transcrições aos participantes pode ser considerada uma limitação sob a perspectiva da validação colaborativa. Entretanto, a realização de entrevistas em três momentos distintos contribuiu

para aprofundar e consolidar os sentidos produzidos ao longo do processo investigativo.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender as experiências relacionadas ao início e à manutenção da PrEP nos primeiros três meses de uso em um Centro de Testagem e Aconselhamento de uma capital do sul do Brasil, evidenciando fatores que influenciam diretamente a adesão à estratégia. Os achados demonstram que o acesso à PrEP é permeado por barreiras multifatoriais, destacando-se dificuldades relacionadas à organização dos serviços, aos horários de atendimento e à limitada divulgação dos locais de oferta da profilaxia. Esses elementos incidem tanto sobre a decisão inicial de uso quanto sobre a continuidade da PrEP, indicando

a relevância de aprimorar fluxos institucionais, revisar a disponibilidade de horários e fortalecer estratégias comunicacionais que ampliem o acesso e favoreçam a permanência dos usuários no cuidado.

A disponibilização da PrEP pelo Sistema Único de Saúde configura ampliação significativa das estratégias de prevenção do HIV no país. Entretanto, o acesso à informação e aos serviços permanece concentrado em determinado perfil de usuários, o que evidencia a necessidade de ampliar a divulgação na rede pública, incluindo a Atenção Primária à Saúde, com abordagens que não reforcem estigmas e que considerem práticas, contextos de vulnerabilidade e marcadores sociais como raça/cor, gênero e classe, articulando intervenções nos âmbitos individual, comunitário e estrutural.

A análise das interrupções revelou que a descontinuidade não constitui fenômeno homogêneo, assumindo naturezas distintas — relacionadas a barreiras organizacionais, decisões individuais, mudanças no contexto de risco ou indicações clínicas temporárias. Essa diferenciação contribui para qualificar a compreensão da continuidade terapêutica e reforça a importância do registro sistemático dos motivos de interrupção no acompanhamento, possibilitando respostas mais ajustadas às especificidades de cada situação, seja por meio da reorganização de fluxos assistenciais, do fortalecimento da decisão compartilhada, do acompanhamento clínico ou de estratégias de transição do cuidado em situações de mobilidade territorial.

Estudos em maior escala, que aprofundem as intersecções entre classe, gênero e raça/cor, podem ampliar a compreensão das desigualdades no acesso e na continuidade da PrEP, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e para a organização de práticas mais equitativas no enfrentamento do HIV/Aids, especialmente em regiões historicamente marcadas por elevados índices da epidemia.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — fact sheet 2025 [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 [cited 2025 Jan 15]. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico HIV AIDS [Internet]. 2023[cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf>
3. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Atitude: pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao comportamento na população do Rio Grande do Sul. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Porto Alegre. 2023; 216p.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [Internet]. 2025[cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/ProtocoloClinicoeDiretrizesTeraputicasparaProfilaxiaPrExposioPREPorallInfecopeloHIV.pdf>
5. Porto AHR, Santos DO, Alexandre AR, Monfredini GF, Silva PG. Eficácia e segurança da PrEP na prevenção da infecção pelo HIV entre populações-chave: uma revisão integrativa. *Braz J Develop*. 2021;7(6):56142–56. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-158>
6. Lara Espinosa D. Gupos en situación de vulnerabilidad [Internet]. CNDH: México, 2015[cited 2025 Dec 27]. 127p. Available from: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_GruposVulnerabilidad1aReimpr.pdf
7. Barata RB. Sobre o conceito de risco em Epidemiologia. *Trab, Educ Saúde*. 2022;20:e00862198. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs862>
8. Ayres JRCM, França I, Junqueira G, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Machado C, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121–43.
9. Rego Neto FF, Cardoso LCC, Oliveira JMS, Silva HSBV, Azevedo DS, Santos YMR, et al. Eficácia e barreiras da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como estratégia de prevenção ao HIV. *Rev Eletrôn Acervo Saúde*. 2023;23(5):e12150. <https://doi.org/10.25248/reas.e12150.2023>
10. Pimenta MC, Bermúdez XP, Godoi AMM, Maksud I, Benedetti M, Kauss B, et al. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00290620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00290620>
11. Cruz MLS, Darmonth MQR, Monteiro, SS. Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(7):2653–62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07422021>
12. Zucker J, Carnevale C, Richards P, Slowikowski J, Borsa A, Gottlieb F, et al. Predictors of Disengagement in Care for Individuals Receiving Pre-exposure Prophylaxis (PrEP). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(4):e104–e108. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002054>
13. Ministério da Saúde (BR). Paineis de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2024[cited 2025 Dec 27]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo (SP): Hucitec. 2014.
15. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro. LCT, 2008.
16. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2015;26(13):1753–60. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

17. Mack N, Woodsong C, Macqueen KM, Guest G, Namey E. Qualitative research methods: a data collector's field guide. North Carolina: Family Health International. 2005. 120p.
18. Transkriptor. Automatic audio to text transcription [Internet]. 2025[cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://transkriptor.com>
19. Lumivero. NVivo 14. Versão 14.23.0 [software]. 2023[cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://lumivero.com/produtos/nvivo/>
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Q Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
21. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. 2012[cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/@download/file>
22. Pagkas-Bather J, Young LE, Chen YT, Schneider JA. Social Network Interventions for HIV Transmission Elimination. *Curr HIV/AIDS*. 2020;17(5):450-7. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00524-z>
23. Santos LA, Grangeiro A, Couto MT. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens: comunicação, engajamento e redes sociais de pares. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(10):3923-37. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06542022>
24. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL, Pilecco FB, Teixeira LB, Leal AF. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>
25. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo. 2021.
26. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen. 2019; 264 p.
27. Cazeiro F, Silva GSN, Souza EMF. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:5361-70. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020>
28. Grangeiro A, Ferraz D, Magno L, Zucchi EM, Couto MT, Dourado I. Epidemia de HIV, tecnologias de prevenção e as novas gerações: tendências e oportunidades para a resposta à epidemia. *Cad Saúde Pública*. 2023;39:e00144223. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT144223>
29. Silva AL, Brigeiro M, Monteiro S. Saúde, aprimoramento e estilo de vida: o uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) entre homens gays, mulheres trans e travestis. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2023;33:e33082. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333082>
30. Kolling AF, De Oliveira SB, Merchan-Hamann E. Fatores associados ao conhecimento e utilização de estratégias de prevenção do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(8):3053-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.17502020>
31. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017.
32. Penaforte TR. O sujeito e seu cuidado: a questão da adesão à medicação. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2022;32(3):e320311. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320311>
33. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(7):e00206617. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>
34. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017[cited 2024 Sep 13]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
35. Chan PA, Goedel WC, Li Y, Mena L, Patel RR, Marshall BDL, et al. Impact of Social Determinants of Health on Pre-Exposure Prophylaxis Care for HIV Prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2025;98(5):465-72. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003601>
36. Ramos DT, Silveira CR, Sanca AM, Paiva TS, Maffaccioli R, Riquinho DL. Experiências de usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV durante a inundação em Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm*. 2025;46(esp1):e20250019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250019.pt>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente para garantir a proteção da confidencialidade dos participantes e o uso ético das informações. Essa medida permite avaliar a finalidade do pedido e assegurar que o compartilhamento ocorra de forma responsável, em conformidade com as diretrizes éticas e regulatórias aplicáveis à pesquisa.

■ Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelo apoio institucional e acadêmico durante a realização desta pesquisa. Reconhecimento e sincero agradecimento, principalmente, aos participantes da pesquisa, cuja disponibilidade e confiança foram essenciais para a construção deste trabalho.

■ Contribuição de autoria

Administração do projeto: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Conceitualização: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Curadoria de dados: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Análise formal: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Aquisição de financiamento: sem financiamento
Pesquisa: Deise Taurino Ramos, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Metodologia: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Desenvolvimento, implementação e teste de software: Deise Taurino Ramos, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.
Supervisão: Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Cristianne Maria Famer Rocha e Deise Lisboa Riquinho.

Validação de dados e experimentos: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Cristianne Maria Famer Rocha e Deise Lisboa Riquinho.

Design da apresentação de dados: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.

Redação do manuscrito original: Deise Taurino Ramos, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.

Redação revisão e edição: Deise Taurino Ramos, Daila Alena Raencl da Silva, Gisele Cristina Tertuliano, Cristianne Maria Famer Rocha, Denise Taurino Ramos e Deise Lisboa Riquinho.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Deise Taurino Ramos
Email: deisetramos@gmail.com

Recebido: 14.06.2025

Aprovado: 07.04.2026

Editor associado:

Elen Ferraz Teston

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira