

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Bruno Silva Kauss

**DIREITO À PREVENÇÃO:  
DESAFIOS AO PLANEJAMENTO PÚBLICO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO  
AO HIV (PrEP) EM PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre  
2019

**BRUNO SILVA KAUSS**

**DIREITO À PREVENÇÃO:  
DESAFIOS AO PLANEJAMENTO PÚBLICO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO  
AO HIV (PrEP) EM PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Renata  
Ovenhausen Albernaz

Porto Alegre  
2019

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva Kauss, Bruno

Direito à Prevenção: desafios ao planejamento público da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) em Porto Alegre/RS / Bruno Silva Kauss. -- 2019.  
54 f.

Orientadora: Renata Ovenhausen Albernaz.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. 2. Planejamento em Saúde. 3. Serviços de Saúde. 4. Direito à Saúde. 5. Abordagem Qualitativa. I. Ovenhausen Albernaz, Renata, orient. II. Título.

Bruno Silva Kauss

**DIREITO À PREVENÇÃO:  
DESAFIOS AO PLANEJAMENTO PÚBLICO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO  
AO HIV (PrEP) EM PORTO ALEGRE/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovação em 7 de junho de 2019

**Banca Examinadora**

---

Examinador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

---

Examinadora: Profa. Dra. Mellina da Silva Terres

---

**Orientadora: Profa. Dra. Renata Ovenhausen Albernaz**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Administração e à Universidade Aberta do Brasil que oportunizaram o curso ofertado, enfrentando os desafios para oferecer um ensino de qualidade aos alunos e buscando qualificar a gestão pública no nosso país.

À Professora Renata Ovenhausen Albernaz pela condução da orientação no presente trabalho e aos integrantes da banca de defesa, Professor Ronaldo Bordin e Professora Mellina Terres pelas contribuições.

Ao Estudo Combina (USP) e equipe, na figura do Pesquisador Alexandre Grangeiro. O Combina possui uma grande relevância aos estudos em HIV/Aids, influenciando a formulação e implementação de políticas públicas de proteção à saúde sexual e os direitos sexuais no Sistema Único de Saúde.

Aos profissionais de saúde que gentilmente contribuíram para a produção dos dados analisados e que são atores fundamentais na realização das políticas públicas e no acesso à saúde à população.

Ao núcleo de pesquisa Saúde e Gênero (SAGE) (UFRGS), na figura das Professoras Andréa Fachel Leal, Daniela Knauth e Luciana Teixeira e demais pesquisadores, pelo apoio e sugestões dadas para a produção deste trabalho.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO.....   | 11 |
| 1 UMA ESTRATÉGIA EM DEBATE .....                            | 14 |
| 1.1 A INCORPORAÇÃO DA PREP NO SUS.....                      | 16 |
| 1.2 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE .....            | 18 |
| 2 DO DIREITO À SAÚDE À GESTÃO PÚBLICA .....                 | 21 |
| 2.1 O PLANEJAMENTO PÚBLICO COMO DIREITO.....                | 22 |
| 3 DESENHO METODOLÓGICO.....                                 | 27 |
| 3.1 DA ANÁLISE DE DADOS .....                               | 28 |
| 3.2 QUESTÕES ÉTICAS .....                                   | 28 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....                              | 30 |
| 4.1 A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM IST/HIV/AIDS .....           | 30 |
| 4.3 INCORPORANDO A PREP .....                               | 32 |
| 4.4 O “COBERTOR CURTO” DA ESTRATÉGIA.....                   | 36 |
| 4.5 PLANEJAMENTO, ACESSO E GESTÃO DE VULNERABILIDADES ..... | 41 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                   | 45 |
| REFERÊNCIAS .....   | 47 |
| ANEXO 1 .....   | 51 |
| ANEXO 2 .....   | 52 |
| ANEXO 3 .....   | 53 |

## Resumo

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, ou PrEP, está no centro das discussões internacionais sobre prevenção ao HIV/Aids. Em linhas gerais, a estratégia implica no uso diário de medicamentos antirretrovirais para prevenção ao HIV, por pessoas que não vivem com o vírus, mas estão em potencial risco de infecção. Implantada no Sistema Único de Saúde brasileiro, a PrEP desafia as ações de gestão no âmbito dos serviços públicos de saúde. O objetivo deste trabalho é investigar os desafios ao planejamento público da PrEP, a partir das percepções de profissionais de um serviço de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que realizou entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e a observação de cunho etnográfico. Resultados: constatou-se que atividades de capacitação e o compartilhamento entre os profissionais do conhecimento sobre PrEP e prevenção combinada facilitaram o processo de incorporação da estratégia no serviço estudado. Entre os desafios percebidos pelos profissionais estão: a continuidade das atividades de capacitação e educação continuada, a descentralização das ações de PrEP para a atenção básica, ações para atingir a inclusão das populações-chave e a superação da carência de recursos humanos para ampliar o atendimento de PrEP. Os resultados demonstram a importância de pautar o planejamento público em saúde, a fim de alcançar a maior efetividade de ações como a PrEP. Sinaliza-se para a necessidade em desenvolver processos de gestão participativos, autônomos e que promovam a gestão democrática das ações no âmbito dos serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave:** Profilaxia Pré-Exposição ao HIV; Planejamento em Saúde; Serviços de Saúde; Direito à Saúde. Abordagem Qualitativa.

## Abstract

Pre-exposure prophylaxis or PrEP is at the center of international discussions on HIV/Aids prevention. In general, the strategy implies the daily use of antiretroviral drugs for HIV prevention for people who do not have HIV, but who are at substantial risk of getting it. Implemented in the Brazilian Unified Health System, PrEP challenges management actions within the scope of public health services. The objective of this study is to investigate the challenges to the public planning of PrEP, based on the perceptions of health professionals of a service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. This is a qualitative study, which conducted in-depth interviews with health professionals and ethnographic observation. Results: it was found that training activities and the sharing among the knowledge professionals about PrEP and combined prevention facilitated the strategy incorporation process in the service studied. Among the challenges perceived by professionals are: the continuity of training and continuing education activities, the decentralization of PrEP actions for basic care, actions to inclusion of key populations and overcoming the shortage of human resources to expand care of PrEP. The results demonstrate the importance of guiding public health planning in order to achieve the highest effectiveness of actions such as PrEP. It points to the need to develop participatory, autonomous management processes that promote the democratic management of actions within the scope of public health services.

**Keywords:** Pre-Exposure Prophylaxis; Health Planning; Health Services; Right to Health. Qualitative Approach.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|               |    |
|---------------|----|
| Figura 1..... | 34 |
|---------------|----|

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>AIDS</b>     | <b>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</b>                  |
| <b>ARV</b>      | <b>Medicamento Antirretroviral</b>                             |
| <b>CONITEC</b>  | <b>Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS</b> |
| <b>STA</b>      | <b>Serviço de Testagem e Aconselhamento</b>                    |
| <b>HIV</b>      | <b>Vírus da Imunodeficiência Humana</b>                        |
| <b>IST</b>      | <b>Infecções Sexualmente Transmissíveis</b>                    |
| <b>MS</b>       | <b>Ministério da Saúde</b>                                     |
| <b>OMS</b>      | <b>Organização Mundial de Saúde</b>                            |
| <b>ONU</b>      | <b>Organização das Nações Unidas</b>                           |
| <b>PCDT</b>     | <b>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas</b>             |
| <b>PEP</b>      | <b>Profilaxia Pós-Exposição ao HIV</b>                         |
| <b>PrEP</b>     | <b>Profilaxia Pré-Exposição ao HIV</b>                         |
| <b>SAE</b>      | <b>Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS</b>        |
| <b>SICLOM</b>   | <b>Sistema de Controle Logístico de Medicamentos</b>           |
| <b>SINAN</b>    | <b>Sistema de Informação de Agravos de Notificação</b>         |
| <b>SUS</b>      | <b>Sistema Único de Saúde</b>                                  |
| <b>TARV</b>     | <b>Tratamento Antirretroviral</b>                              |
| <b>TR</b>       | <b>Teste Rápido</b>  |
| <b>UNAIDS</b>   | <b>Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS</b>      |
| <b>V&amp;DH</b> | <b>Vulnerabilidade e Direitos Humanos</b>                      |

## INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) é uma estratégia de prevenção ao HIV que implica na autoadministração diária de dois medicamentos antirretrovirais (ARV), Tenofovir associado à Entricitabina (TDF/FTC), por pessoas em situação de alto risco sexual à infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a). A PrEP está no centro das discussões sobre a prevenção ao HIV, aumentando o otimismo global para o controle da epidemia de HIV/Aids (GRANGEIRO et al., 2015; ZUCCHI et al., 2018). A estratégia integra uma política internacional, chamada de prevenção combinada, que visa potencializar as respostas à epidemia mundial de HIV/Aids. Em linhas gerais, a prevenção combinada busca ampliar o rol de intervenções de prevenção ao HIV, por meio de estratégias biomédicas, comportamentais e político-sociais (KIPPAX; STEPHENSON, 2012). Dessa forma, busca conformar o uso dos métodos preventivos à realidade e à autonomia dos sujeitos no cuidado com a saúde sexual.

No Brasil, a PrEP foi inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) ao final de 2017. No SUS, a estratégia está voltada para segmentos populacionais específicos, como *gays* e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), mulheres travestis e transexuais, trabalhadores do sexo e parceiros de relação sorodiferente, somando a esse critério a necessidade do sujeito se encontrar em situação de alto risco sexual ao HIV (BRASIL, 2017a).

Na literatura tem sido debatida a incorporação de tecnologias nos serviços públicos de saúde e o papel da gestão e do planejamento público como instrumentos para alcançar a efetividade dessas estratégias (PAIM, 2006; MAKSUD et al., 2015; MERCADANTE; EDMUNDO, 2012; (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012; RAVIOLI et al., 2018). O planejamento público pode ser compreendido como um instrumento para conferir a maior efetividade das ações no âmbito da administração pública (DEMARCO, 2015). Análises iniciais sobre a incorporação da PrEP nos serviços de saúde brasileiros têm demonstrado discrepância entre a previsão normativa dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a estrutura para oferta da estratégia nos serviços (ZUCCHI et al., 2018). Nesse sentido, discutir o planejamento público da PrEP é necessário a fim de alcançar os objetivos da estratégia dispostos no plano normativo.

O objetivo geral do presente trabalho é investigar os principais desafios ao planejamento público na incorporação da PrEP no SUS, a partir das percepções de

profissionais de saúde em um serviço especializado em IST/HIV/Aids de Porto Alegre/RS. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que realizou entrevistas em profundidade com profissionais de saúde e observações de cunho etnográfico.

A viabilidade de tal estudo decorre de um estudo maior, intitulado Estudo Combina<sup>1</sup>, sobre a efetividade do uso combinado de novas estratégias de prevenção ao HIV nos serviços públicos de saúde brasileiros, principalmente da Profilaxia Pré e Pós-Exposição ao HIV. O estudo é realizado em cinco cidades brasileiras: Fortaleza, Ceará (CE), São Paulo (SP), Ribeirão Preto (SP), Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS) e coordenado pela Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (FM/USP).

Em Porto Alegre, o estudo iniciou as suas atividades em 2015 e desde então tem acompanhado usuários em uso de diferentes métodos de prevenção ao HIV, incluindo a PrEP. O estudo envolve basicamente dois componentes principais, sendo um quantitativo e outro qualitativo, que se utiliza de técnicas da observação de cunho etnográfico e entrevistas em profundidade. Dentro do objetivo maior do Combina, o recorte proposto neste trabalho aborda exclusivamente os desafios ao planejamento público da PrEP no SUS, na perspectiva dos profissionais e da gerência de um serviço de saúde em Porto Alegre.

Porto Alegre apresenta uma alta prevalência de infecções por HIV e mortalidade por Aids entre os municípios brasileiros com 100 mil habitantes (BRASIL, 2018). Segundo o Boletim Epidemiológico HIV Aids (2018), Porto Alegre apresentou uma taxa de 60,8 casos/100 mil habitantes, em 2017, valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,3 vezes maior que a taxa nacional. Diante desse cenário, reforça-se a relevância de pautar mecanismos que podem contribuir efetividade de estratégias de prevenção ao HIV nos serviços públicos de saúde.

O presente trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo buscou introduzir a temática da PrEP e sua incorporação como estratégia de saúde pública no SUS. O segundo capítulo buscou explorar a temática do planejamento público em saúde, discutindo a perspectiva teórica da cogestão nos serviços de

---

<sup>1</sup> O Estudo Combina é coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 34145314.5.1001.0065) (Anexo 1) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE 34145314.5.3001.5338) (Anexo 2).

saúde. O terceiro discutiu o desenho metodológico e técnicas utilizadas para a produção dos dados, além de questões éticas adotadas. O quarto capítulo apresentou os resultados de pesquisa, com a análise e discussão dos dados produzidos.

## 1 UMA ESTRATÉGIA EM DEBATE

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV ou simplesmente PrEP está no centro das discussões internacionais, como uma das tecnologias promissoras para o controle global da epidemia de HIV. A PrEP é uma estratégia de prevenção ao HIV que implica na autoadministração diária de dois medicamentos antirretrovirais (ARV), o Tenofovir associado à Entricitabina (TDF/FTC) (BRASIL, 2017a). Como estratégia de saúde, PrEP está concebida na perspectiva da prevenção combinada, uma política preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). A prevenção combinada busca afastar a tradicional hierarquização e a adoção prescritiva dos métodos de prevenção ao HIV. Nessa perspectiva, reconhece-se que nenhum método de prevenção é superior ao outro e que o uso das estratégias deve ser conformado às necessidades individuais e ao contexto de vulnerabilidade ao HIV (GRANGEIRO et al., 2015; ZUCCHI et al., 2018).

Nas Diretrizes Nacionais de Prevenção Combinada em HIV/Aids são encontradas intervenções de caráter biomédico, comportamental e socioestrutural (BRASIL, 2017b). As intervenções biomédicas podem ser exemplificadas pelo o Tratamento como Prevenção (TcP), a Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP); a distribuição de preservativos vaginais e penianos; a distribuição de gel lubrificante; a oferta de testagem rápida (TR). As intervenções comportamentais compreendem intervenções na esfera individual dos sujeitos, como a educação sexual, o aconselhamento, a criação de vínculo dos sujeitos com os serviços de saúde, as ações de redução de danos e de acesso à informação. Já as intervenções socioestruturais envolvem a construção de ações para o enfrentamento às desigualdades estruturais, como políticas de redução da pobreza, de combate ao racismo, normas de enfrentamento à discriminação sexual e de gênero, entre outras ações.

A oferta de tecnologias biomédicas de prevenção antirretroviral não constitui uma novidade no SUS. A PEP, por exemplo, uma estratégia de prevenção utilizada para a ocorrência de situações de exposição de risco ao HIV, está presente nos serviços de saúde desde a década de 1990. A PEP tem sido recomendada para exposições decorrentes de acidente de trabalho, violência sexual e exposição sexual

consensual de risco ao HIV, quando há falha ou não uso de métodos de proteção (BRASIL, 2015).

Estudos demonstrativos sobre PEP e PrEP tem revelado desafios para a oferta das tecnologias de prevenção nos serviços de saúde, os quais perpassam profissionais de saúde e usuários em suas dimensões individuais e os serviços de saúde numa dimensão organizacional e estrutural (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). A PrEP em específico tem demonstrado relativa incompatibilidade entre os protocolos clínicos de pesquisa e a estrutura existente nos serviços. Em ambulatórios houve menor disponibilidade de aconselhadores e menor familiaridade das equipes com estratégias de prevenção. Nos serviços de testagem houve restrição de médicos, ausência de procedimentos de seguimento do usuário e dificuldades de acesso aos exames laboratoriais para monitoramento da segurança de uso da estratégia (ZUCCHI et al., 2018).

A literatura aponta que a materialização de ações pelos profissionais que atuam em diferentes serviços costuma encontrar desafios associados a questões estruturais, organizacionais e individuais (LIPSKY, 1980; WILSON, 2000; HILL; HUPE, 2014). Assim, a incorporação de novas estratégias, a exemplo da PrEP, representa um desafio ao universo local e às ações de planejamento para alcançar a sua efetividade. Conhecer os diferentes contextos locais de enfrentamento à epidemia de HIV é condição necessária para atingir as estratégias como a prevenção combinada, e, principalmente, para identificar as populações em situação de maior vulnerabilidade social (KUCHENBECKER et al., 2015).

Segundo Trindade (2008), as decisões de incorporação de tecnologias nos serviços de saúde envolvem múltiplos níveis e atores (*stakeholders*). Entre os atores, destaca o papel dos profissionais de saúde, fundamentais na relação entre os usuários e as tecnologias ofertadas nos serviços. A autora demonstra que a incorporação de novas tecnologias encontra os seguintes desafios no universo local: o contexto de utilização, indicação da tecnologia preconizada; tecnologia em questão, sua eficácia e segurança; os custos da nova tecnologia comparados às alternativas estabelecidas; as ações e percepções dos atores na decisão de incorporar a tecnologia; e a discussão sobre seu possível impacto (TRINDADE, 2008).

A administração pública em saúde integra hoje um dos principais pilares do enfrentamento à epidemia de HIV, o que torna imprescindível refletir sobre as ações

de planejamento dos serviços de saúde. Ao passo em que novas estratégias são incorporadas ao universo local da administração pública em saúde, novos desafios surgem para o planejamento público. Nesse sentido, é preciso planejar o alcance dos objetivos preconizados nas políticas públicas, pensando a realização de diretrizes técnicas e normativas e pressupostos básicos como o respeito à autonomia dos sujeitos.

### 1.1 A INCORPORAÇÃO DA PREP NO SUS

No Brasil, por meio de densa legislação, a incorporação de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) atende preceitos normativos internacionais e domésticos, além de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012). Conceitualmente, as tecnologias em saúde podem ser pensadas como:

As tecnologias para a saúde podem ser consideradas a aplicação prática de conhecimentos, por isto, incluem máquinas, procedimentos clínicos e cirúrgicos, remédios, programas e sistemas para prover cuidados à saúde (TRINDADE, 2008, p. 951).

A incorporação de novas tecnologias é realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei n. 12.401 de 2011, a qual dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS (CONITEC, 2015). A CONITEC, assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), assessora o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Os PCDTs são documentos que estabelecem normas e diretrizes técnicas para gestores e demais profissionais do âmbito local dos serviços de saúde.

O PCDT da PrEP (PCDT-PrEP, 2017) nasceu em 2017, após um longo processo envolvendo consultas públicas, com a participação de especialistas e sociedade civil (BRASIL, 2017a). Segundo o protocolo de PrEP, a estratégia de prevenção implica na administração diária de um ARV, por pessoas que não vivem com HIV e em situação de alta vulnerabilidade à epidemia de HIV/Aids. Além disso,



envolve um acompanhamento clínico trimestral, com testagem para HIV e outras ISTs, realização de exames laboratoriais, aconselhamento sobre prevenção combinada, entre outras questões relacionadas à saúde sexual.

Dentre as suas principais disposições normativas, o protocolo elegeu segmentos populacionais específicos e em situação de alto risco sexual para o HIV como prioritários no uso da profilaxia, como *gays* e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), mulheres travestis e transexuais, trabalhadores do sexo e casais sorodiferentes (BRASIL, 2017a).

A identificação dos critérios de elegibilidade não está adstrita ao pertencimento a um segmento populacional, somando-se à avaliação da vulnerabilidade ao HIV: repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de meios de proteção; frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; diversidade de parcerias sexuais; histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); busca repetida por PEP; contextos de troca de sexo por dinheiro ou objetos de valor (BRASIL, 2017a).

Com a implantação de PrEP, buscou-se ampliar a abordagem denominada prevenção combinada. O PCDT da PrEP lista um conjunto de tecnologias biomédicas que devem funcionar como opções para o uso combinado pelo usuário. Porém, destaca que o uso isolado dessas tecnologias não é suficiente, sendo necessário observar aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos que compõem o universo dos sujeitos:

A política brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas (BRASIL, 2017a, p. 11).

Com isso, a PrEP, embora seja uma tecnologia que implica no uso de uma medicação antirretroviral não se resume ao caráter biomédico, de acordo com o PCDT. A execução do protocolo e de suas diretrizes terapêuticas advoga pela obrigatoriedade em avaliar aspectos socioeconômicos, políticos e culturais que podem influenciar a produção de vulnerabilidades para o HIV/Aids.

Da criação das disposições normativas de incorporação da PrEP, passou-se à etapa de implantação da tecnologia como estratégia de saúde pública no âmbito

local. Em Porto Alegre, a profilaxia foi implantada ao final de 2017, iniciando as primeiras inclusões em janeiro de 2018. A oferta de PrEP no SUS começou em poucas cidades brasileiras, consideradas prioritárias devido ao cenário epidemiológico.

## 1.2 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE

Nesta seção, busca-se descrever algumas características da epidemia de HIV/Aids brasileira e em Porto Alegre, no estado do RS. Descreve-se brevemente, também, a cobertura dos serviços especializados em IST/HIV/Aids a nível local.

Em nível nacional, no período de 2007 a junho de 2018, quando apresentados os casos de infecção pelo HIV notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) segundo sexo, foi notificado um total de 169.932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres (BRASIL, 2018). Entre os casos notificados de infecção pelo HIV segundo faixa etária e escolaridade, no período de 2007 a junho de 2018, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,6% dos casos. Em relação à escolaridade, em relação aos casos com escolaridade informada, a maior parte possuía ensino médio completo, representando 27,5% do total. Em seguida, observam-se 16,8% de casos com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta (BRASIL, 2018).

Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, no período de 2007 a junho de 2018, 46,1% ocorreram entre brancos e 52,9% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 11,4% e 41,5%, respectivamente). No gênero masculino, 48,0% dos casos ocorreram entre brancos e 50,9% entre negros (pretos, 10,3% e pardos, 40,7%). Entre as mulheres, 41,9% dos casos se deram entre brancas e 57,1% entre negras (pretas, 13,9% e pardas, 43,2%). Ressalte-se o alto percentual de casos com a informação sobre raça/cor ignorada: 8,5% (BRASIL, 2018).

Ainda que epidemia nacional possua outros marcadores da diferença não descritos aqui. Todavia, os dados acima indicam um dos perfis da epidemia nacional marcadamente masculino, jovem, negro e com pouca escolaridade. Tais marcadores podem se somar a outros fatores como orientação sexual, expressão de gênero, deficiência física, entre outros.

Em Porto Alegre, a taxa de incidência de HIV e mortalidade por Aids, espelha a preocupante realidade do estado do RS. Porto Alegre apresentou uma taxa de 60,8 casos/100 mil habitantes, em 2017, valor superior ao dobro da taxa do RS e 3,3 vezes maior que a taxa nacional (BRASIL, 2018). Entre 2014 e 2017, a taxa de mortalidade por Aids no RS sofreu uma redução de 15%: de 10,6 óbitos por 100 mil habitantes, caiu para 9 óbitos por 100 mil habitantes. As taxas de detecção de Aids no estado também caíram no mesmo período: de 39,5 casos a cada 100 mil habitantes, para 29,4 a cada 100 mil habitantes, uma redução de 25,5% (BRASIL, 2018). Embora essa redução seja importante, a alta incidência no estado é grave.

Os dados locais, somados aos nacionais, suscitam problematizar o acesso de populações mais vulneráveis às novas tecnologias biomédicas, notadamente a PrEP, pensada justamente para populações-chave da epidemia de HIV/Aids, como gays e HSH, travestis, transexuais, trabalhadores do sexo e parceiros de relação sorodiferente. A epidemia de HIV/Aids brasileira, em parte, é resultado de um grave quadro de desigualdade socioeconômica. Nesse sentido, a inclusão de determinados segmentos populacionais necessita de estratégias intersectorializadas de gestão pública, que ultrapassem o campo da saúde pública, dialogando, por exemplo, com segurança e educação públicas. Em contextos com alta incidência de infecção por HIV e mortalidade por Aids, como é o caso de Porto Alegre, medidas intersectoriais são urgentes.

### 1.3 A COBERTURA DOS SERVIÇOS LOCAIS

A oferta de PrEP começou em poucas cidades brasileiras, em boa parte com alta prevalência de casos de HIV e Aids, como é caso de Porto Alegre, Curitiba/PR, São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, entre outras. Em Porto Alegre, a profilaxia foi implantada ao final de 2017, iniciando as inclusões em janeiro de 2018. Inicialmente, a PrEP foi implantada nos serviços especializados em IST/HIV/Aids do município (SAE) e nos serviços de testagem e aconselhamento (STA).

No Brasil, os ambulatórios de assistência especializada em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de prevenção, assistência e tratamento ao HIV e Aids (BRASIL, 2016). Os ambulatórios de assistência especializada podem ser administrados por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS.

No município de Porto Alegre há seis estabelecimentos de saúde, com unidades de assistência especializada em IST/HIV/Aids, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPOA)<sup>2</sup>. O município conta com os seguintes serviços especializados de gestão municipal: o SAE Santa Marta, o SAE IAPI e o SAE Vila dos Comerciários. Conta com serviços especializados de gestão estadual localizados no Hospital Sanatório Partenon (HSP) e Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS). O serviço especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC). O município ainda conta com dois serviços de testagem para HIV: o Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu, localizado no HSP e o Serviço de Testagem e Aconselhamento (STA) no Centro de Saúde Santa Marta.

Em resumo, no SUS, os ambulatórios especializados e serviços de testagem têm o objetivo de prestar um atendimento integral aos usuários, por meio de uma equipe multiprofissional composta, em termos gerais, por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. A oferta da PrEP está preconizada pelo Ministério da Saúde para os ambulatórios especializados. No presente estudo, foi selecionado um serviço especializado da rede municipal de Porto Alegre, considerado de referência no município, pelo volume de pacientes que atende e pelo seu longo tempo de existência.

---

<sup>2</sup>MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=703](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=703)>. Acesso em 10 de julho de 2019.

## 2 DO DIREITO À SAÚDE À GESTÃO PÚBLICA

O fortalecimento dos serviços em contextos como o de Porto Alegre também merece ser colocado na perspectiva de efetividade do direito à saúde, direito este consubstanciado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A proteção ao direito à saúde foi inserida na Constituição Federal de 1988 e conferiu ao Estado brasileiro a responsabilidade de garantir e promover o acesso à saúde à população por meio de políticas sociais e econômicas (DALLARI, 2008). Dessa forma, a Constituição de 1988 condicionou a concretização do direito social à saúde à implementação de ações, para as quais são necessários instrumentos de gestão e planejamento em saúde.

Na perspectiva, é fundamental fortalecer os serviços locais, as equipes e o planejamento local, a fim de reduzir a distância entre as políticas públicas e os seus principais beneficiários, isto é, a população. Na realização do direito à saúde há desafio de construir novas sociabilidades democráticas, de reconhecer os aspectos de engajamento dos sujeitos em movimentos de atualização de práticas e sentido (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

As Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8.080/90 e 8.142/90 regulamentaram criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo a descentralização dos serviços, transferindo encargos aos entes federativos e assegurando uma relativa autonomia jurídico-política (DEMARCO, 2015). Os entes federativos que compõem o SUS podem gerir, manter e prestar serviços de forma direta ou indireta, inclusive mediante participação da iniciativa privada. Os estabelecimentos de saúde exibem múltiplas composições organizacionais, formatos e administração e modelos de gestão, modificados ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas, decisões políticas e legislações complementares federais, estaduais e municipais (RAVIOLI et al., 2018).

O pressuposto constitucional do direito à saúde, materializado no SUS, vem se constituindo por meio de estratégias envolvidas na ampliação das relações intergovernamentais. No entanto, os pressupostos constitucionais previstos não estão plenamente adequados ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, como o princípio organizativo da regionalização, que impacta diretamente a estruturação de redes assistenciais e o acesso dos usuários.

Em algumas situações, observa-se a execução de estratégias de descentralização e regionalização, com ênfase nos municípios sem um enfoque regional e sistêmico e um destaque tardio na regionalização na política nacional de saúde (ALMEIDA; ACIOLE, 2014). Indefinições quanto ao papel dos governos estaduais na mediação para superar conflitos e dificuldades entre coordenação e cooperação intergovernamental são corriqueiras. Argumenta-se que o Estado deve contribuir para fortalecer o direito à saúde, buscando desenvolver níveis de gestão solidários, cooperativos e integrados.

## 2.1 O PLANEJAMENTO PÚBLICO COMO DIREITO

A administração pública originou-se na França, no fim do século XVIII e se consagrou como ramo autônomo com o desenvolvimento do Estado de Direito. Segundo Maria Di Pietro (2015) atribui-se à administração pública dois sentidos básicos: um sentido subjetivo, formal ou orgânico, o qual designa os entes que exercem a atividade administrativa, como órgãos e agentes públicos incumbidos de exercer a função administrativa; e um sentido objetivo, material ou funcional, o qual dispõe sobre a natureza da atividade exercida pelos referidos entes. Possuindo como base os conceitos de serviço público, autoridade, poder público e especialidade de jurisdição, a administração pública, em sentido amplo, passou a incorporar a ideia de planejamento como instrumento de gestão pública (PIETRO, 2015).

O planejamento é uma atividade dinâmica, com enfoque na tomada de decisões e execução de ações, opondo-se ao improviso no âmbito da administração pública (SANTOS, 2011). Trata-se de um conceito intrinsecamente relacionado à noção de ação, aplicada à realidade. Nesse sentido,

O planejamento tem muito a ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade (PAIM, 2006, p. 2).

Historicamente, o planejamento, na perspectiva de ação social, encontra-se vinculado ao primeiro esforço da humanidade de implantar uma nova forma de organização da sociedade conhecida como socialismo, no começo do século XX. Ao se buscar uma nova forma de alocação de recursos, produção e distribuição de bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, por meio do planejamento (PAIM, 2006).

No âmbito social, o planejamento foi incorporado a partir do Plano *Beveridge* (1943), uma das referências fundamentais para a criação do Serviço Nacional de Saúde naquele país em 1948. Do mesmo modo, a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes na saúde (OMS), trabalho (OIT), educação e cultura (UNESCO), entre outros, legitimaram o uso do planejamento governamental (PAIM, 2006).

O planejamento estratégico governamental tem como objeto questões como a gestão dos recursos, articulação com as políticas públicas, modernização de estruturas administrativas, abordando as implicações da sistemática de planejamento sobre os mecanismos de gestão pública e sobre a formulação e implementação de políticas públicas (DEMARCO, 2015). O planejamento é, portanto, um instrumento para conhecer as formas de operação estatal, as circunstâncias e as possibilidades políticas de atuação. Segundo Bercovici (2006), o planejamento possui um enfoque sobre o plano normativo das políticas públicas, como expressão técnica/jurídica e política determina uma vontade estatal por meio de diretrizes coordenadas. A materialização do plano normativo exige do planejamento a atividade de coordenação e implementação dos objetivos formulados no plano normativo.

O planejamento em saúde tem recebido um enfoque que vai além da ideia de simples instrumento burocrático, centralizado e com baixa capacidade de solucionar os problemas locais da administração pública. A gestão pública tem sido compreendida como uma atividade a ser realizada de forma cooperada entre as diferentes esferas da federação e atores,

[...] o centro do debate sobre planejamento governamental deve estar nas relações entre Estado, sociedade civil e esfera pública; no papel do Estado; nos dilemas entre política e análises de políticas; e nos assuntos que decorrem dessas relações (SANTOS, 2011, p. 308).

O planejamento público em saúde não se restringe à figura típica de uma coordenação gerencial, centralizada num ator específico, hierarquizada, verticalizada e exercida “de cima para baixo”. Segundo Campos (2000), o campo da administração pública em saúde precisa alterar o modelo de gestão das instituições, ampliando analiticamente o espaço da política e reconstruindo seus modos de operação. O autor traz a possibilidade das organizações sociais exercerem liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação, construindo o conceito de cogestão.

Para Campos et al. (2013), os sistemas sociais se articulam em três dinâmicas básicas. Uma de caráter ideológico e cultural e que se expressa de várias maneiras, mas que tende a cristalizar-se de forma normativa e legal. A segunda instância se expressa em componentes estruturais e organizacionais concretos: o Estado, o mercado, a produção econômica, empresas públicas e privadas, partidos e outras organizações religiosas ou comunitárias que operam a vida em cada sociedade. E uma terceira instância, formada pelas pessoas que as operam as organizações, gerindo-as ou trabalhando nelas. Essas pessoas se aglutinam em vários segmentos, podendo-se classificá-las como trabalhadores, por exemplo. Essas três dimensões se entrelaçam em rede, sendo que o cogoverno (cogestão):

[...] implica capacidade de compreender essa rede intrincada de leis, valores, interesses, normas, e de lidar com isto compondo interesses e valores singulares com outras perspectivas do coletivo (CAMPOS et al., 2013, p. 14).

Na perspectiva da cogestão, o planejamento das ações no âmbito da administração pública é tomado como um instrumento que envolve a cooperação entre diferentes atores, de acordo com as realidades locais (CAMPOS, 2000; CAMPOS et al., 2013). A cogestão também chamada “metodologia de formação e de apoio Paideia”, busca aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção dos sujeitos sobre o contexto, sobre os outros e sobre si mesmos, contribuindo para instituir processos democráticos de gestão e de bem-estar social,

Um esforço de crítica e de síntese. Uma crítica às concepções dominantes sobre modos para analisar e gerir o trabalho em equipe. A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva - sistemas de Cogestão - e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas (CAMPOS, 2000, p. 4).



Nesse sentido, a produção de valores nas organizações, por um lado, cria bens ou serviços com potencial de garantir o atendimento de determinadas necessidades sociais e, por outro, atua na coprodução do sujeito e do coletivo organizado para esta produção (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). No modelo da cogestão as equipes devem considerar a necessidade de compartilhar objetivos, objetos de trabalho e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, por meio de relações horizontais, garantindo a participação nas decisões cotidianas.

A cogestão constitui, inclusive, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE/PNH), em que:

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 8).

O conceito aponta para o reconhecimento da possibilidade de instituir compromissos coletivos e para a necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social.

Pensar novos valores e uma nova ética; mas tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica da cogestão e não a outra da dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da cogestão, ninguém governa sozinho. Tomar a assunção de compromissos e a autonomia do Sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo com que se opera a relação entre democracia e instituição. Isto como um modo sistemático de análise do Método da Roda<sup>3</sup> (CAMPOS, 2000, p. 35).

Em síntese, a cogestão permite pensar a construção de princípios democráticos e de uma postura ética que atue como enfrentamento às estratégias de dominação e dos dispositivos de controle nas práticas administrativas. Trata-se de um modo de executar o planejamento estimulando a autonomia dos profissionais e a coparticipação dos trabalhadores na implementação das políticas públicas.

---

<sup>3</sup> Um método inspirado na roda com que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho nas escolas. E também na roda de samba, na do candomblé e na de ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo. O Método da Roda: a roda como espaço democrático, um modo para operacionalizar a cogestão. Mas também a vida girando e se movimentando, sempre: a roda (CAMPOS, 2000, p. 4).

Intervir na gestão das instituições de saúde também demanda reconhecer a capacidade produtiva das relações sociais nos serviços e o contexto no qual os trabalhadores estão inseridos.

A implementação de políticas públicas envolve um conjunto de ações de agentes públicos e privados direcionadas para a consecução de objetivos definidos anteriormente no processo decisório (VAN METER; VAN HORN, 1975; LIPSKY, 1980). A investigação sobre a atuação dos atores “implementadores” das políticas, passou a ser fundamental para compreender como os funcionários da administração pública usam de suas atribuições para interpretar planos, executar tarefas e perseguir os objetivos das políticas (LOTTA, 2012). Nesse sentido, para entender como a burocracia do governo funciona é preciso atentar para o universo de atuação dos trabalhadores da linha de frente (WILSON, 2000).

Do processo de formulação das políticas públicas à incorporação das tecnologias no âmbito dos serviços de saúde há um longo processo, em que a materialização do plano normativo pode não ocorrer exatamente como o plano e suas diretrizes. Daí a necessidade de que o processo de incorporação de tecnologias seja acompanhado de estratégias de capacitação e educação continuada dos profissionais implementadores.

### 3 DESENHO METODOLÓGICO

O presente estudo nasceu de um projeto de pesquisa maior, chamado Estudo Combina, sobre a efetividade do uso das estratégias da profilaxia pré e pós-exposição sexual ao HIV (PrEP e PEP). O estudo está sendo desenvolvido em cinco cidades brasileiras, possuindo dois componentes: um qualitativo e outro quantitativo. Em Porto Alegre, o estudo é executado num serviço de atendimento especializado em IST/HIV/Aids.

A partir do estudo maior, fez-se um recorte de pesquisa, buscando analisar a percepção dos profissionais sobre planejamento público da PrEP no SUS. Adotou-se a abordagem qualitativa (KNAUTH, 2010). As técnicas utilizadas no estudo foram a observação de cunho etnográfico (YANOW, 2007) e de entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde (BRITTEN, 2006), por meio de roteiros previamente testados e aprovados pelo estudo maior.

A adoção da técnica de observação de cunho etnográfico teve por finalidade desenvolver um olhar compartilhado e sensível sobre os contextos de implementação da PrEP Sexual, a partir da observação da rotina, as interações, as dinâmicas e as configurações diárias do serviço de saúde observado (YANOW, 2007).

A técnica de entrevista em profundidade explorou as percepções sobre o planejamento na incorporação da PrEP no SUS. As entrevistas em profundidade envolveram profissionais de saúde, como profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e farmácia, além da gerência do serviço. Ao todo, foram entrevistados seis profissionais. O roteiro de entrevista para os profissionais e para a gerência buscou explorar percepções relacionadas ao planejamento público na incorporação da PrEP e levantar desafios ao planejamento da estratégia.

As observações de cunho etnográfico foram utilizadas com a finalidade de descrever o universo empírico, interações relacionadas ao planejamento da PrEP e demais informações necessárias aos objetivos da pesquisa. O registro foi realizado por meio de gravação das entrevistas. O roteiro de observação buscou explorar e descrever ações relacionadas ao planejamento PrEP, o fluxo da estratégia no serviço, entre outras informações necessárias à consecução dos objetivos do trabalho. O registro foi realizado em diários de campo.

O universo empírico envolve um serviço de atendimento especializado em IST/HIV/Aids de Porto Alegre. A escolha deste serviço ocorreu previamente no âmbito do Projeto Combina!, em acordo firmado com a coordenação da pesquisa e a Área Técnica de IST/AIDS e Hepatites do município de Porto Alegre.

### 3.1 DA ANÁLISE DE DADOS

No desenho analítico-interpretativo do material empírico, das entrevistas em profundidade e do diário de campo, serão percorridos os seguintes passos com o auxílio do *software NVivo*. No *NVivo* foram inseridas as fontes, isto é, os materiais de pesquisa: áudio e diários de campo. Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se a análise das fontes, por meio da identificação de temas, tópicos e conceitos relacionados ao planejamento da PrEP SUS.

Com o referencial teórico-metodológico, identificaram-se os seguintes eixos analíticos: a) incorporação da PrEP no SUS; b) as ações de planejamento e gestão na incorporação da PrEP no SUS; c) desafios ao planejamento da PrEP no SUS. A partir disso, elaborou-se uma problematização e síntese interpretativa com o material empírico produzido.

### 3.2 QUESTÕES ÉTICAS

O recorte de estudo realizado está inserido no projeto de pesquisa maior Combina!, que foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 1) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Anexo 2).

A realização desta pesquisa buscou envolver profissionais de saúde que lidam diretamente e indiretamente com as ações de planejamento da PrEP no SUS. Ao todo foram realizadas seis entrevistas com os profissionais de saúde, como profissionais de enfermagem, medicina, psicologia e farmácia, além da gerência do serviço. As entrevistas, bem como as observações foram realizadas entre janeiro e março de 2019, sendo previamente autorizadas pela coordenação do serviço estudado.

O convite para a participação na pesquisa foi realizado a todos os profissionais, incluindo a coordenação do serviço. A coordenação autorizou a

realização da pesquisa, por meio do Termo de Autorização do Departamento de Ciências Administrativas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo 3).

Os profissionais participantes foram convidados a participar do estudo manifestaram o consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado pelo estudo maior, e pelo TCLE elaborado pelo Departamento de Ciências Administrativas (Anexo 3) . O TCLE foi apresentado em duas vias antes do início da coleta e explicado a cada profissional. Com o consentimento do participante, duas vias eram assinadas pelo sujeito pesquisado e pelo pesquisador, ficando uma cópia com o participante e uma via com o pesquisador.

O presente estudo não gerou riscos à saúde dos profissionais envolvidos. Ressalta-se que, tratando-se de um serviço com poucos profissionais, optou-se por não identificar características que pudessem identificar os entrevistados. Essa escolha decorre da preocupação com a não identificação, preservando a confidencialidade das informações fornecidas.

A investigação buscou observar os princípios bioéticos de respeito à autonomia, da não-maleficência aos participantes do estudo e da equidade presentes na Resolução n. 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012 do (MS/RES. 466/2012). Os participantes foram informados a respeito do propósito da pesquisa, da finalidade das informações concedidas, da ausência de custos financeiros ou de gratificação na participação do profissional, da confidencialidade dos dados, do baixo risco à saúde por meio da participação, da devolutiva de dados quando solicitada pelo participante, e da possibilidade de, a qualquer momento, poder desistir da participação no estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresenta os resultados e a discussão dos dados produzidos por meio da observação de cunho etnográfico e das entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde de um serviço de assistência especializada em IST/HIV/Aids de Porto Alegre. No período em que os dados foram produzidos, o serviço contava com nove profissionais de saúde, com as seguintes formações: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social e farmácia.

O material empírico foi produzido entre janeiro e março de 2019. Ao todo foram realizadas seis entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde, incluindo a gerência do serviço. Entre as áreas de formação dos profissionais entrevistados estão: medicina, enfermagem, psicologia e farmácia.

Todos os profissionais entrevistados atuam no serviço desde a incorporação da PrEP SUS. A participação na pesquisa ajustada de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Por questões éticas, o sigilo da identificação foi garantido aos participantes, evitando revelar o nome e outras características que pudessem violar a confidencialidade.

### 4.1 A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM IST/HIV/AIDS

O Centro de Saúde (CS), no qual está situado o SAE, localiza-se num dos bairros mais antigos de Porto Alegre. Encontra-se numa área urbana e populosa, predominantemente residencial. Trata-se de um bairro histórico e tradicional no município. O CS possui uma imensa área física onde são ofertados diversos serviços de saúde à população, desde serviços de atenção primária, incluindo unidades especializadas, como o serviço de assistência especializada em IST/HIV/Aids (SAE).

O SAE possui uma unidade equipada com consultórios de atendimento, sala de reuniões, uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), entre outras dependências. O serviço foi fundado há mais de dez anos e a maioria dos profissionais atua há pelo menos cinco anos no serviço. O serviço é formado por dez profissionais, sendo nove autoidentificados como do gênero feminino e um do gênero masculino. A gerência do serviço se autoidentifica como pertencente ao

gênero feminino. O serviço é formado por profissionais de medicina, psicologia, farmácia, enfermagem, assistência social, fisioterapia e técnicos administrativos.

O serviço desenvolve assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV e outras ISTs, testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites, as profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, distribuição de preservativos vaginais e penianos, gel lubrificante, ações de assistência social, aconselhamento, entre outras ações.

O CS também possui um laboratório público para realização de exames clínicos. O laboratório constitui um importante elemento na oferta da PrEP, pois exames clínicos são solicitados periodicamente aos usuários. O horário de funcionamento do laboratório do CS é das 7h:00min a 13h00min. A coleta de exames é realizada das 7h00min às 10h00min.

A realização de exames laboratoriais é obrigatória no seguimento clínico de PrEP. A limitação de horário identificada para a coleta e retirada do resultado de exames pode ser um fator a dificultar a adesão dos usuários à estratégia. Uma solução seria a possibilidade de realizar a coleta, bem como a retirada do resultado em mais de um turno.

A espera para o resultado costuma demorar cerca de quinze dias, o que também pode gerar dificuldades, na hipótese da medicação do usuário estar terminando ou já tiver terminado. A orientação do PCDT-PrEP é que a medicação de PrEP não seja descontinuada em nenhuma hipótese, a fim de não reduzir os níveis de proteção oferecidos pela medicação contra o HIV (BRASIL, 2017a).

Ressalta-se que, embora o SAE e o laboratório público sejam unidades fundamentais nas ações de PrEP, a oferta da estratégia não está limitada aos serviços especializados. O CS também possui um ambulatório de Atenção Básica (AB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entre as inúmeras demandas que chegam nessas unidades, algumas podem estar relacionadas à saúde sexual do usuário. E ainda que os usuários não ingressem na atenção básica em busca da resolução de questões sobre a saúde sexual, não deixa de ser uma oportunidade para identificar situações de vulnerabilidade para o HIV.

Desde 2013, a AB realiza testes rápidos (TR) para HIV e outras ISTs em Porto Alegre, num processo de descentralização dessa atividade. O TR estava antes concentrado nos SAEs e centros de testagem e aconselhamento (CTAs). O TR constitui uma ferramenta importantíssima na identificação de situações de vulnerabilidade para o HIV.

O modelo tecnocrata e biomédico, centrado nas barreiras do acesso ao diagnóstico, no tratamento e na testagem tem predominado nesse tipo de intervenção (MONTEIRO et al., 2017). Contudo, o TR pode ir além desse modelo estritamente biomédico e constituir um meio para identificar as vulnerabilidades dos sujeitos e compreender as necessidades destes, conferindo um sentido à estratégia condizente à realidade sobre a qual ela se propõe intervir.

#### 4.3 INCORPORANDO A PREP

O Ministério da Saúde anunciou a incorporação da PrEP em dezembro de 2017, às vésperas do Dia Mundial de Luta contra a Aids<sup>4</sup>. Desde o começo do ano, as tratativas para a incorporação da estratégia estavam em andamento. A implantação oficial da PrEP no SUS envolveu um arcabouço normativo, com diretrizes clínicas terapêuticas próprias, por meio do PCDT-PrEP (BRASIL, 2017). No SAE, a estratégia foi incorporada logo após o anúncio oficial do Ministério da Saúde.

A coordenação do serviço relata que o alinhamento da atuação dos profissionais, na oferta da estratégia, foi realizado em conjunto com os demais profissionais do serviço,

Então nós compomos com médica, farmacêutica e enfermeira. Somos os três seixos principais. Hoje mesmo, com a falta de RH que a gente tem, a gente consegue ter mais uma médica com a PrEP, aprendendo como se fazer a PrEP e tem uma outra profissional que também está se aproximando disso. Mas, é aquilo que eu sempre falo: a gente vai quebrando as resistências para que aconteça e para que isso seja de conhecimento de todos, de atenção de todos. Claro que tem uns que se dedicam mais, que trabalham mais com essa questão da PrEP, outros trabalham um pouquinho menos, mas não deixam, também, de ter essa aproximação (Gerência do SAE, 2019).

Com a participação de outros membros da equipe, a coordenação do serviço reuniu basicamente três profissionais no atendimento da PrEP: uma profissional de enfermagem, responsável pela testagem rápida, avaliação do risco e elegibilidade para o uso da PrEP; um profissional de medicina para a avaliação das condições

---

<sup>4</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notícias**. Ministério da Saúde lança campanha para comemorar Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Publicado em 29/11/2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-comemorar-dia-mundial-de-luta-contra-aids>. Acesso em 10 de abril de 2019.



clínicas e prescrição do medicamento utilizado na PrEP; e uma profissional de farmácia para a dispensação, realização de estratégias de adesão ao uso da profilaxia e, eventualmente, testagem para HIV e ISTs. Segundo a gerente do serviço, as ações de aconselhamento são desempenhadas por todos os profissionais envolvidos no atendimento da PrEP.

Em resumo, o fluxo de atendimento do usuário em PrEP (Gráfico 1), seja de primeiro atendimento ou retorno, envolve basicamente: 1. Agendamento da primeira consulta com o serviço, realizado pelos usuários por telefone ou presencialmente com qualquer profissional do serviço; 2. Avaliação da Vulnerabilidade ao HIV, realizada pela equipe de enfermagem. Essa etapa envolve a realização de TRs para HIV, Sífilis, Hepatites, aplicação de formulários, aconselhamento e encaminhamento, se necessário para a realização de PEP, vacinação, entre outras demandas do usuário; 3. Avaliação Clínica, realizada pela equipe médica, na qual são avaliadas as condições para o uso e adesão ao medicamento, além de outras orientações médicas.

Da consulta médica, o usuário recebe uma prescrição de uso da medicação que pode ser para trinta, sessenta, noventa ou cento e vinte dias, além de uma requisição de exames laboratoriais; 4. Adesão ao Medicamento, realizada pela equipe de farmácia, na qual o usuário é orientado sobre o uso, adesão e possíveis interações da medicação; 5. Exames Laboratoriais, etapa realizada em laboratório público ou privado, a depender da vontade do usuário. O SAE não possui laboratório de coleta próprio. Com o resultado de exames, os usuários costumam proceder no agendamento de retorno, seja por meio de ligação ou presencialmente no serviço.

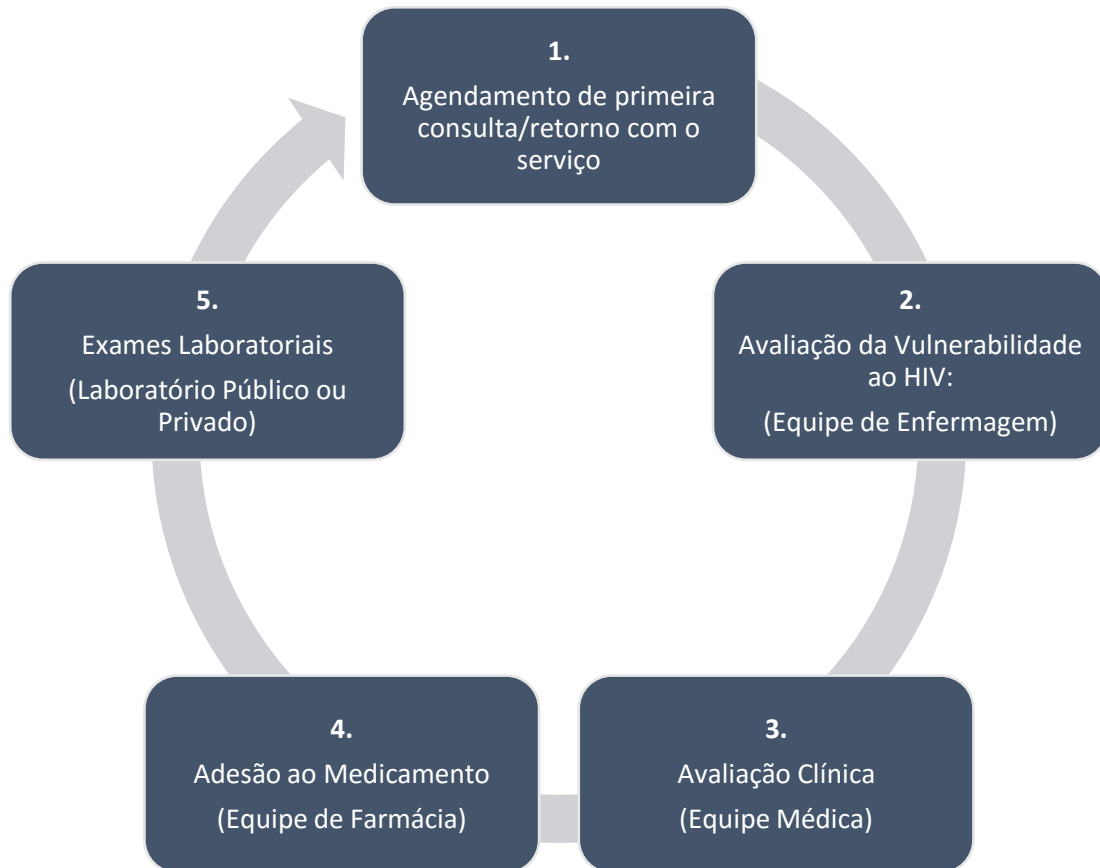
Segundo os entrevistados, a incorporação da PrEP no SUS implicou em mudanças, como a implantação de um sistema eletrônico de avaliação, acompanhamento e dispensação de medicação, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM)<sup>5</sup>. Nesse sistema, foram disponibilizadas formulários de avaliação inicial, de retorno de 30 dias e de seguimento para os retornos de 90 dias dos usuários em PrEP. Por meio dos formulários são coletadas

---

<sup>5</sup> O SICLOM foi criado com o objetivo de realizar o gerenciamento logístico dos ARVs. O sistema permite que o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos usuários em TARV, em todo o território nacional. As informações são utilizadas para o controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos usuários e uso de diferentes esquemas terapêuticos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom>>. Acesso em 29 de março de 2019.

informações a fim de instruir a avaliação da vulnerabilidade ao HIV, monitorar o acompanhamento clínico dos usuários e a dispensa de ARVs.

Figura 1: Fluxo de atendimento de PrEP no SAE



Fonte: elaborado pelo autor.

Nos formulários de avaliação e monitoramento, há campos para o preenchimento de informações sobre gênero, identidade sexual, práticas sexuais, relato de infecções sexualmente transmissíveis, uso da profilaxia pós-exposição, uso de substâncias lícitas e ilícitas como álcool e drogas em geral, além de informações como resultado de testes rápidos e exames laboratoriais. O preenchimento dos formulários no serviço está basicamente a cargo dos profissionais de enfermagem, medicina e farmácia.

Alguns entrevistados apontaram que tiveram dificuldades no uso dos instrumentos de avaliação quando a PrEP foi iniciada. Questões relativas à intimidade e à própria identificação de gênero, por exemplo, geraram certa preocupação no começo da estratégia. Segundo alguns entrevistados, tais

dificuldades foram sendo reduzidas com a prática de aplicação dos instrumentos de avaliação.

Os entrevistados relatam que em momento anterior à implantação da estratégia pelo Ministério da Saúde, ações de capacitação foram realizadas tanto para a gerência do serviço e para os demais profissionais. Ao todo, foram relatadas ações de capacitação voltadas para os profissionais, sendo duas ocorridas em Brasília/DF e que contemplaram três profissionais do serviço, uma enfermeira, uma farmacêutica e a gerência do serviço. Uma das capacitações ocorreu a distância e dentro do serviço, direcionada a todos os profissionais do serviço. Sobre esta capacitação não foram encontradas informações sobre o número exato de participantes. De acordo com a gerência do serviço,

A PrEP SUS quando foi apresentada, eu fui para o Ministério em Brasília, para a questão da apresentação do PrEP SUS. Teve duas capacitações aqui. Se eu não me engano [...] (Gerência do SAE, 2019).

Segundo a gerência, as ações de capacitação contribuíram para o processo de incorporação da estratégia. Conta que, a partir das capacitações iniciou conjuntamente com os demais profissionais a alinhar a atuação no atendimento de PrEP. Sobre a importância das capacitações,

Com certeza. Até para o pessoal que é um pouquinho mais distante da PrEP, como os técnicos de enfermagem. Eles participaram das videoconferências e isso fez com que conhecesse a linguagem, população, como é que é, até assim: bom, eu não sei direito isso, mas para qual profissional eu vou me dirigir para isso? Para que o atendimento desse usuário seja por telefone, seja pessoalmente. Como vai fazer se encaixa ou não encaixa. Eu acho que todas essas ações ajudaram a equipe a se familiarizar e a prestar atendimento para essa população (Gerência do SAE, 2019).

No entanto, segundo os entrevistados, nem todos os profissionais do serviço foram formalmente capacitados. Alguns relataram que não puderam participar das capacitações, inclusive da ocorrida a distância dentro do SAE. Isso não impediu que o conhecimento apreendido fosse compartilhado entre os profissionais. É o que um dos entrevistados não capacitados:

Não. É que eu já tinha uma formação assim de doenças sexualmente transmissíveis. O "cacoete" dessa área. Estou tralhando há muitos anos, há décadas. E eu tive uma instrução, não foi uma capacitação formal, mas foi me dada as dicas. [...] Todo mundo colaborou (Profissional de Saúde, 2019).

Ainda que as capacitações tenham atingido de forma direta e indireta boa parte dos profissionais do serviço, sinaliza-se para a necessidade de atividades dessa natureza para alinhar o atendimento de PrEP.

Constatou-se que as capacitações contribuíram para habilitação dos profissionais na atuação com PrEP, mesmo daqueles que não participaram diretamente dessas atividades. Por meio do compartilhamento do conhecimento entre os profissionais do serviço foi possível aqueles que não puderam participar das ações de capacitação obtivessem o conhecimento sobre o protocolo de PrEP, sentindo-se mais seguros para atuar com a estratégia. Contudo, nem todos os profissionais apontaram desfrutar dessa segurança para atuar na estratégia, o que revela os limites das atividades realizadas e a necessidade de mais ações de capacitação e educação continuada.

#### 4.4 O “COBERTOR CURTO” DA ESTRATÉGIA

O primeiro atendimento de um usuário em busca da profilaxia foi em janeiro de 2018. Entre janeiro de 2018 e março de 2019, o serviço incluiu 27 usuários, os quais se autodeclararam como gays, uma mulher autodeclarada transexual e a maioria parceiros de relação sorodiferente. O serviço não incluiu nenhuma pessoa autodeclarada travesti ou trabalhador do sexo no período analisado. Todos os ingressantes em PrEP se autodeclararam brancos e possuem pelo menos ensino fundamental e médio completos. Esse perfil de pessoas em PrEP revela que no serviço estudado, a oferta da estratégia está limitada, suscitando a necessidade de pensar mecanismos para a inclusão de pessoas travestis, transexuais, trabalhadores do sexo e autodeclaradas pardas ou negras.

No SUS, a PrEP está voltada para segmentos populacionais específicos, somando-se à identificação, a existência de situações que podem aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos como: repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de meios de proteção para o HIV; frequência de relações sexuais com parcerias eventuais sem o uso de meios de proteção para o HIV;

histórico de episódios de IST; busca repetida PEP; contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc. (BRASIL, 2017a).

No serviço estudado, a identificação desses segmentos está basicamente a cargo dos profissionais de enfermagem e, eventualmente, de outros profissionais que identificam pessoas elegíveis ao uso da profilaxia no serviço. O primeiro contato da equipe de enfermagem se dá durante o atendimento de usuários que chegam ao serviço em busca de PrEP ou que são identificados como possíveis usuários da estratégia, sendo aconselhados à adoção da mesma devido à alta vulnerabilidade ao HIV.

A PrEP foi recentemente incorporada à rotina dos serviços públicos de saúde em Porto Alegre. No SAE, a decisão sobre a composição da equipe para o atendimento de PrEP ficou a cargo da coordenação, em conjunto com os demais profissionais. Inicialmente, observou-se que as ações de capacitação para a incorporação da estratégia foram importantes para os profissionais do serviço. Importante ressaltar que alguns dos profissionais entrevistados já atuavam no Estudo Combina, o qual começou a ofertar PrEP em janeiro de 2018 no SAE. Para esses entrevistados a incorporação da PrEP é percebida como uma continuidade das atividades realizadas no Estudo,

Como a gente já vinha com a pesquisa Combina, o PrEP SUS foi sendo absorvido quase como uma continuidade do Combina. Eu acho que a pesquisa ajudou muito isso. Não teve aquela coisa: vai mudar totalmente a lógica do serviço, porque a gente já tava com isso. Acho que talvez em serviços que não tiveram a pesquisa, a questão da inserção do PrEP SUS pode ter causado um baque maior. Assim: bom, e agora, o que eu faço? O nosso foi quase naturalmente sendo absorvido. Pelo menos é essa a sensação que eu tenho (Profissional de Saúde, 2019).

O serviço possui a particularidade de sediar o Estudo Combina, envolvendo o uso de PrEP desde 2017. Todavia, algumas observações são importantes: a primeira é que o estudo abarcou poucos profissionais do serviço; a segunda é a diferença entre os critérios de elegibilidade do estudo e do SUS. Com isso, a percepção de continuidade não é compartilhada por todos os entrevistados, principalmente pelos entrevistados que não estavam envolvidos na pesquisa.

O processo de incorporação da PrEP no SAE também foi acompanhado de algumas resistências dos profissionais. Segundo uma entrevistada, esta resistência está associada às mudanças implicadas com a nova estratégia,

Geralmente, quando tem uma questão nova assim tem muita resistência à mudança. O que se procura fazer aqui: ir quebrando as resistências, as quais eu acho não tiveram tantas. Mas a gente procura sempre se aproximar do profissional menos resistente para ir implantando, e a prática vai mostrando aos profissionais mais resistentes que é possível sim. Essa pelo menos foi a estratégia usada (Gerência do SAE, 2019).

A gerência aponta que, com a ajuda de outros profissionais, buscou inserir a temática sobre PrEP e seus desdobramentos para todos os profissionais, no intuito de reduzir as resistências. O processo de incorporação, segundo a gerência tem sido realizado de forma gradual,

Mas, em termos de organização, implantação é sempre uma questão que eu me sinto muito segura, porque tem suporte. Eu não preciso colocar "goela abaixo" para as pessoas, porque as coisas tem acontecido na PrEP de uma forma gradual, leve, como eu disse. Está sendo absorvido por todos os serviços, cada um com o seu tempo, mas está sendo. Não teve assim: "ah, que horror, chegou a PrEP SUS" (Gerência do SAE, 2019).

A adoção de medidas de incorporação graduais pode ser interessante no sentido de não provocar mudanças abruptas no cotidiano do serviço, desde que essa medida seja pensada dentro de um processo de adaptação dos profissionais com a nova estratégia. A resistência na oferta de novas estratégias, como PrEP, se cristalizada como uma prática cotidiana pode prejudicar o acesso dos usuários, gerando inclusive violações de direitos no âmbito dos serviços.

Um desafio ao planejamento público da PrEP está relacionado à restrição de horários para a testagem rápida, procedimento obrigatório na oferta da estratégia (BRASIL, 2017a). De acordo com o protocolo, a cada retorno ao serviço é obrigatória a realização de TR para HIV. O serviço conta com poucos profissionais que realizam o TR para HIV, Sífilis e Hepatites. A testagem, muitas vezes, depende da disponibilidade de profissional, dificultando a ampliação de horários disponíveis no atendimento de PrEP.

Nessa mesma linha de discussão, aponta-se como desafio aumentar a capacidade de recursos humanos do serviço. Durante as entrevistas e conversas informais, essa queixa esteve presente na fala da maioria dos profissionais. O SAE enfrenta há meses um déficit de trabalhadores, principalmente da área de medicina. Nos últimos meses, quatro médicos deixaram de atender no serviço, por diferentes motivos, como aposentadoria e transferência. Esses profissionais não foram substituídos por outros, o que aumentou a demanda para os médicos atuais do serviço, ao todo três profissionais. O resultado é a limitação das ações desenvolvidas na PrEP, entre outras relativas à prevenção ao HIV:

[...] eu acho que deveria ter mais. Só que não é a prioridade. A prioridade é o atendimento paciente com HIV, mas se agente tá com carência nessa área, claro que não vamos poder abrir e abrir um espaço maior pra isso, se não a gente vai retirar do outro. É o cobertor curto neh. Mas deveria ter abertura pra todos. Nós estamos com demanda reprimida pra tudo. Para pessoas com HIV e para PrEP (Profissional de Saúde, 2019).

Aponta-se como desafio o aperfeiçoamento das ações de capacitação e educação continuada. Embora os entrevistados tenham apontado a realização de ações de capacitação sobre PrEP, faz-se necessário aprimorar essas atividades, buscando abordar outras intervenções,

Acho que deveria ter, até para aperfeiçoar, porque tem coisas que mudam. E se, de repente, a gente chegar à conclusão de que têm outras estratégias, outra interferência com medicamento ou sem medicamento mais eficiente. A gente deveria estar adaptado para isso (Profissional de Saúde, 2019).

Pensar novas estratégias no enfrentamento da epidemia de HIV também remete a repensar as atuais intervenções, a exemplo das de caráter comunitário. O profissional de saúde, como já apontado, é o principal elo entre a população e a políticas públicas. Diante do contexto atual dos profissionais, tal elo fica prejudicado diante das dificuldades encontradas para oferecer atendimento integral à população.

A PrEP precisa chegar de forma mais equânime às populações em situação de vulnerabilidade ao HIV. Na percepção de alguns entrevistados, a PrEP se encontra restrita a populações específicas, como homens gays brancos e

homossexuais, com alta escolaridade e renda. Na percepção da coordenação, a estratégia deveria chegar na população em situação de maior vulnerabilidade,

Hoje a PrEP abrange uma população diferenciada. [...] Mas, deveria atingir também essa população mais vulnerável e a gente não consegue. Pelo menos é esse o sentimento que eu fico quando eu vejo o pessoal aqui fazendo a PrEP e a própria PEP. A informação pra população que quer se prevenir chega para uma população com nível de escolaridade melhor e um acesso de informação melhor. População mais vulnerável, socioeconômica e culturalmente mais vulnerável não chega (Gerência do SAE, 2019).

Sobre esse aspecto, aponta-se que a dificuldade em atingir as populações em situação de maior vulnerabilidade ao HIV não é uma característica exclusiva do SAE. Estudos demonstrativos mostraram alta aceitação da PrEP, porém a busca pela profilaxia esteve adstrita a gays e HSH, com maior renda e grau de informação, enquanto outras populações mais vulneráveis, como mulheres trabalhadoras do sexo, jovens negros e pessoas transexuais sequer chegaram aos serviços de PrEP (ZUCCHI et al., 2018).

O último desafio constatado está relacionado ao planejamento das políticas de prevenção ao HIV. Segundo a coordenadora do SAE é preciso articular o planejamento das ações de prevenção entre as unidades da federação:

Acho que tem que ter a costura das três instâncias e um planejamento bem efetivo. [...] Toda ação que tem uma característica como campanha em determinados dias: mês tal a gente vai fazer uma ação pontual, em tal lugar, para estimular o acesso. Isso tem um efeito curto e imediato. É preciso trabalhar com educação continuada, tanto com as populações, quanto com os profissionais de saúde. Acho que essas informações precisam chegar, por exemplo, nas unidades básicas, nas estratégias, para que o profissional que está na ponta consiga também orientar esse usuário (Gerência do SAE, 2019).

Na visão da gerente do SAE, a descentralização das ações de prevenção ao HIV também é apontado como um desafio atual. A entrevistada aponta que ações pedagógicas precisam ser trabalhadas com usuários e profissionais, principalmente na atenção básica. Isso não significa desconsiderar todo o trabalho realizado na atenção especializada. Todavia, sendo a atenção básica uma das principais portas de entrada no acesso aos serviços de saúde, torna-se fundamental capacitar os



profissionais desse nível de atenção sobre PrEP e demais estratégias de prevenção ao HIV para o uso combinado.

#### 4.5 PLANEJAMENTO, ACESSO E GESTÃO DE VULNERABILIDADES

No campo de políticas públicas, a realização de mudanças pontuais e contínuas, conciliando interesses e pavimentando gradativamente transformações no âmbito da administração diz respeito ao modelo incremental de implementação (SOUZA, 2006; MARQUES; FARIA, 2013). Nesse modelo, a implementação é realizada “de baixo para cima”, isto é, de modo lento e gradual, buscando conciliar os diferentes interesses, identificar lacunas e permitir a avaliação dos processos de trabalho pelos próprios profissionais.

O modelo incremental impede a ocorrência de mudanças abruptas, possibilitando alinhar a atuação dos profissionais gradualmente, assegurando o pluralismo e a tomada de decisões de forma mais democrática (SOUZA, 2006; MARQUES; FARIA, 2013). Críticas ao modelo incremental apontam a dificuldade deste em promover transformações profundas na estrutura de serviços, principalmente quando há uma cultura organizacional rígida (DYE, 2010). Esse modelo tenderia a favorecer as decisões conservadoras, pois se apoia numa estrutura já existente.

Na incorporação da PrEP no serviço estudado observa-se como a gerência do serviço adotou medidas próximas do modelo incremental de implementação de políticas públicas. A intenção em promover mudanças pontuais e graduais para, aos poucos, vencer as resistências à PrEP condiz com esse modelo. Da mesma forma, entre os desafios encontrados está justamente convencer profissionais de saúde mais resistentes às mudanças a atuar com a estratégia. Alguns profissionais, acostumados com a estrutura já existente no serviço, podem não se sentir à vontade com a inserção de novas tarefas, demandas, perfis de usuários no serviço, entre outras situações relacionadas à incorporação de PrEP.

No intuito de reduzir as resistências encontradas em campo com a incorporação da estratégia, novas ações de capacitação e de educação continuada são fundamentais. Tal necessidade ficou evidente entre os profissionais que não receberam uma capacitação formal sobre PrEP. Segundo Wilson (2000), o conhecimento pelos profissionais sobre protocolos e demais normas relativos ao

processo de trabalho é um dos elementos necessários à implementação de políticas públicas. Em se tratando de uma incorporação recente nos serviços, normas sobre PrEP, prevenção combinada e seus desdobramentos exige capacitações formais e ações pedagógicas de caráter contínuo de forma a manter os profissionais atualizados.

Na perspectiva da cogestão (CAMPOS, 2000, CAMPOS et al., 2013), a descentralização do conhecimento entre os profissionais pode ser um fator que venha a facilitar a incorporação da estratégia, reduzindo, por exemplo, a discricionariedade no processo de implementação. Além disso, o compartilhamento de informações apontado pelos entrevistados pode ter auxiliado na incorporação da estratégia. Tal atividade, realizada entre pares, tanto pela coordenação do serviço quanto com aqueles profissionais que receberam ou não uma capacitação formal é outro exemplo de cogestão, observado como um facilitador da incorporação da PrEP,

Esta concepção de cogestão demanda a construção de outras relações com a atividade de trabalho, pautadas na afirmação democrática de sua prerrogativa normativa, ou seja, na legitimidade de seu exercício por todos os implicados, ainda que isto não signifique de modo algum supor uma homogeneidade das formas de participação e responsabilização nas intervenções institucionais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 1254).

Dessa forma, a cogestão pode ser um instrumento importante no planejamento público da PrEP, como forma de produção do conhecimento técnico-normativo e de fortalecimento das relações e experiências intersubjetivas no cotidiano dos serviços.

A cogestão, enquanto instrumento do planejamento público (CAMPOS, 2000, CAMPOS et al., 2013), dialoga a perspectiva sistêmica de implementação de políticas públicas. Nessa perspectiva, a política é o resultado das forças geradas num ambiente e do próprio sistema político, aqui compreendido como estruturas e processos inter-relacionados, os quais produzem valores diversos entre atores políticos (RUA, 2009). Nesse modelo, as instituições e serviços devem funcionar para transformar demanda em uma decisão imperativa, e, assim, legitimar a estratégia perante a sociedade.

O modelo sistêmico chama a atenção para a diversidade de valores no ambiente da administração pública em saúde e para a busca de soluções de acordo com o contexto, adaptando as ações de planejamento à realidade local e aos interesses dos atores envolvidos, tanto de beneficiários das políticas, quanto de seus agentes implementadores. A cogestão, portanto, numa perspectiva sistêmica de políticas públicas, proporciona pensar o ambiente institucional na sua diversidade de valores, optando em promover ações de planejamento público de forma cooperada entre os atores e, alinhando a atuação de modo a tornar as políticas públicas mais efetivas.

Além disso, destaca-se o desafio apontado pelos entrevistados que é a inclusão de parte da população-chave, como pessoas travestis, transexuais e trabalhadores do sexo. A dificuldade em incluir tais segmentos populacionais leva à discussão sobre os limites da adoção de um modelo biomédico e prescritivo na condução das políticas de Aids. Diante da alta vulnerabilidade individual, social e programática enfrentada por essa população e apontada pelos entrevistados, a simples oferta de PrEP dentro dos serviços de saúde se mostra insuficiente.

O conceito de vulnerabilidade na área da saúde ganha importante significado a partir da proposta de Ayres e outros (2007), os quais sugerem a existência de três dimensões interconectadas que compõem a vulnerabilidade: individual, social e programática. A dimensão individual é caracterizada basicamente como o comportamento particular dos indivíduos frente ao processo de saúde-doença. O modo de vida, as informações adquiridas e sua utilização e a postura dos familiares na busca por saúde para as crianças seriam os elementos principais para avaliar a dimensão individual da vulnerabilidade. A dimensão social reconhece que, a partir do que é socialmente construído, estabelecem-se relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar sua condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde.

A dimensão programática da vulnerabilidade avalia a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde. A conceituação proposta por Ayres e outros (2007) traz uma análise da relevância da estrutura social, das relações sociais e das capacidades particulares de cada ser humano no processo de saúde e doença,

estabelecendo conexão entre os determinantes sociais em saúde com o quadro das vulnerabilidades e dos direitos humanos (V&DH).

O V&DH valoriza a mediação programática na análise das dinâmicas do processo saúde-doença, focalizando o contexto social, os direitos humanos/sexuais e as respostas institucionais ao HIV/Aids. Baseia-se no diálogo interdisciplinar para compreender o processo saúde-doença, analisando-o em três eixos: o programático, o social e o individual (FERRAZ; PAIVA, 2015). Argumenta-se que para as dificuldades apontadas pelos entrevistados na inclusão de segmentos da população-chave, como pessoas travestis, transexuais e trabalhadores do sexo serão necessárias intervenções que contemplem necessariamente esses três eixos, exigindo ações individualizadas, comunitárias e estruturais, por meio de políticas públicas e normas de proteção a essas populações.

Por fim, outro aspecto que exige esforços programáticos diz respeito à carência de recursos humanos apontada pelos entrevistados. Essa situação expressa uma necessidade de medidas para melhorar a capacidade de recursos humanos no serviço, seja pela ampliação do quadro de profissionais ou da adoção de medidas de planejamento público.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre os desafios ao planejamento público da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, num serviço especializado em IST/HIV/Aids de Porto Alegre/RS. A forma como a PrEP está implantada no SUS, tem gerado desafios o planejamento público da estratégia na melhoria do acesso no âmbito local dos serviços de saúde.

Constatou-se que as ações de capacitação sobre PrEP e prevenção combinada contribuíram positivamente na incorporação da estratégia. Além disso, verificou-se que ações de planejamento compartilhado facilitaram o processo de incorporação da estratégia no serviço, reduzindo as resistências à novidade. Na perspectiva da cogestão em saúde, o planejamento compartilhado pode gerar uma participação mais equânime dos profissionais nos processos de gestão pública, numa perspectiva próxima da realização de pressupostos democráticos e de realização do direito à saúde.

Entre os principais desafios ao planejamento da PrEP estão: a superação da carência de recursos humanos no atendimento de PrEP; a necessidade de manter atividades de capacitação e educação continuada para aprimorar a implementação da profilaxia; medidas para melhorar a capacidade de recursos humanos; e a implantação de ações para atingir a inclusão das populações-chave na PrEP. A PrEP no SUS pode possibilitar a ampliação do acesso às estratégias de prevenção ao HIV, conferindo maior autonomia aos sujeitos na escolha das formas de cuidado com saúde sexual. Contudo, se centrada num modelo biomédico e prescritivo, a estratégia corre o risco de não atingir um de seus principais objetivos: atingir a população em situação de maior vulnerabilidade ao HIV. Como apontado pelos entrevistados, um dos maiores desafios tem sido a inclusão de segmentos da população-chave como pessoas travestis, transexuais e trabalhadores do sexo. Nesse sentido, advoga-se pela necessidade de adequar as políticas públicas para a inclusão desses segmentos, por meio de abordagens baseadas no quadro da V&DH.

O planejamento de políticas públicas é um instrumento para conhecer as formas de operação estatal, as circunstâncias e as possibilidades de atuação na administração pública. Exige o conhecimento técnico-normativo e também sensibilidade ao contexto e demais questões atinentes ao universo local da

administração pública. Nessa perspectiva, o poder público não pode se eximir de elaborar um planejamento que reconheça o engajamento, as capacidades e potencialidades de transformação dos agentes implementadores, isto é, dos profissionais de saúde, os quais são capazes de legitimar direitos, promover o acesso à saúde e produzir sentido às políticas públicas através da atuação cotidiana.

## REFERÊNCIAS

KIPPAX, S.; STEPHENSON, N. Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV prevention through the lens of a social public health. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 102, n. 5, p. 789–799, 2012.

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do estado. In: BUCCI, Maria Paula D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula D. (org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 143-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT-PEP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>. Acesso em 30 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (PCDT-PrEP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>>. Acesso em 30 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <[file:///C:/Users/Bruno/Desktop/prevencao\\_combinada\\_\\_bases\\_conceituais\\_web.pdf](file:///C:/Users/Bruno/Desktop/prevencao_combinada__bases_conceituais_web.pdf)>. Acesso em 30 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018**. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em 30 de maio de 2019.

BRITTEN N. Qualitative Interviews. In: Pope C, Mays N (Eds). **Qualitative Research in Healthcare**. BMJ Books, 2006, pp. 12-20.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos**. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 420p.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **A Comissão**. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>>. Acesso em 03 de junho de 2018.

DEMARCO, Diogo Joel. **Introdução**. In. Gestão Pública, Município e Federação. Diogo Joel Demarco (Org.). Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015. 212 p.

DALLARI, S. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista De Direito Sanitário**, 9(3), 9-34, 2008.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. HEIDEMANN, Fracisco; SALM, José Francisco (Orgs.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. 2 ed. Brasília: Ed. UnB, 2010. In: p. 99-128.

FERRAZ, Dulce; PAIVA, Vera. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** Set. 18 Suppl. 1: 89-103, 2015.

GRANGEIRO, Alexandre, et al. O Efeito dos Métodos Preventivos na Redução do Risco de Infecção pelo HIV nas Relações Sexuais e seu Potencial Impacto em Âmbito Populacional: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol.** Set., 18 Suppl. 1: 43-62, 2015.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, Dec. 2010.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy**: an introduction to the study of operational governance. Sage Publications, 248 p., 2014.

KNAUTH, D. R.. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: Patrice Schuch; Miriam Steffen Vieira; Roberta Peters. (Org.). **Experiências, Dilemas e Desafios do Fazer Etnográfico Contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, v. 1, p. 109-114, 2010.

KUCHENBECKER, Ricardo. Epidemias Locais: o desafio final da AIDS no Brasil?. **Rev. Bras. Epidemiol.**; 18 supl. 1: 5-6, Set. 2015.

LIPSKY, M., **Street-Level Bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services, 1980.

LOTTA, Gabriela Spanghero. O Papel das Burocracias do Nível de Rua na Implementação de Políticas Públicas: entre o controle e a discricionariedade. In:



**Implementação de Políticas Públicas:** teoria e prática. Org. Carlos A. P. de Faria – Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012. 406p.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e Desafios para os Serviços de Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** 18 Suppl. 1, pp. 104-119, 2015.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Org.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar.** São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MERCADANTE, R. ; Edmundo, K. . PLANEJAR PARA QUEM? QUEM PLANEJA? A QUEM PRIORIZAR?. In: Vera Paiva; Ivan França Jr; Artur O. Kalichman. (Org.). **Vulnerabilidade dos Direitos Humanos Prevenção e Promoção da Saúde Livro IV - Planejar, Fazer, Avaliar.** 1ed.: , 2012, v. , p. 258.

MONTEIRO, Simone Souza et al . Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA NÃO ESPECIALISTAS In: Campos, Gastão Wagner. **Tratado de Saúde Coletiva,** HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782.

PIETRO, M. S. Z. D. **Direito administrativo.** [s.l.] : Editora Atlas, 2015.

RAVIOLI, Antonio Franco; SOAREZ, Patrícia Coelho De; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00114217, 2018.

RUA, M. G.. **Para aprender Políticas Públicas.** (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Curso online), 2013. Disponível em: <[http://igep.com.br/uploads/ebook/ebook-para\\_aprender\\_politicas\\_publicas-2013.pdf](http://igep.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf)>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

SANTOS, Eugênio Andrade Vilela. O Confronto entre o Planejamento Governamental e o PPA. In: CARDOSO JÚNIOR, José Celso (Org.) **A Reinvenção do Planejamento Governamental no Brasil:** Diálogos para o Desenvolvimento. Brasília: IPEA, v.4, 2011.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface - Comunicação Saúde Educação.** 2016, 20(57), pp. 293-304.

SILVA, Hudson P; PETRAMALE, Clarice A.; ELIAS, Flavia T. S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 83-90, Dec., 2012.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006.

VAN METTER, Donald S.; VAN HORN, Carl E.. The **Policy Implementation Process**. Administration & Society. Sage Publications: Vol. 6. No. 4, February, 1975.

WILSON, James Q. **Bureaucracy**: what government agencies do and why they do it. USA: Basic Books, 2000.

YANOW D. Chapter 27: Qualitative-Interpretive Methods in Policy Research. In: Fischer F et al (Eds). **Handbook of Policy Analysis – Theory, Politics and Methods**, CRC Press, 2007, pp. 405-41.

ZUCCHI, Eliana Miura et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00206617, 2018 .

## ANEXO 1

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FMUSP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

**Pesquisador:** Alexandre Domingues Grangeiro

**Área Temática:** Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

**Versão:** 3

**CAAE:** 34145314.5.1001.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Ministério da Saúde

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 954.376

**Data da Relatoria:** 10/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de cohort observacional prospectivo para analisar três questões centrais: a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; as mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEPsexual e; os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil. No primeiro componente do projeto indivíduos que procuram o serviço para receber tratamento pós-exposição sexual ao HIV serão seguidos por 18 meses. Nos primeiros 6 meses os indivíduos terão avaliação clínica e laboratorial para identificação de eventual ocorrência da infecção pelo HIV, avaliando o efeito protetor da profilaxia pós-exposição sexual consensual oferecida em serviços de saúde. Indivíduos que não tiverem se infectado na prática sexual que levou a busca da profilaxia pós-exposição serão, então, integrados no segundo componente do projeto, que consiste em um estudo de coorte prospectivo para conhecer o efeito do programa de PEP na prática sexual e no uso repetido dessa profilaxia. Estes indivíduos serão acompanhados por um período complementar de até 12 meses e as mudanças na prática sexual serão aferidas pela comparação com o relato de práticas sexuais mantidas no semestre anterior à inclusão no estudo. O terceiro componente do projeto compreende a abordagem qualitativa, que visa compreender a forma como

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

## ANEXO 2



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

**Pesquisador:** Alexandre Domingues Grangeiro

**Área Temática:** Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;

**Versão:** 1

**CAAE:** 34145314.5.3001.5338

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Ministério da Saúde

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.127.515

**Data da Relatoria:** 24/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

O desenvolvimento de novos métodos preventivos abre a perspectiva de um controle mais efetivo da epidemia de aids. São escassos, porém, estudos que analisam o uso desses métodos no cotidiano dos serviços de saúde e dos segmentos sociais mais afetados pela epidemia. Trata-se de um estudo de efetividade que analisará, em seu primeiro componente, o grau de proteção contra a infecção pelo HIV oferecido pela profilaxia pós-exposição

sexual (PEPsexual). Em um segundo componente, os efeitos compensatórios da PEPsexual nas práticas sexuais, bem como o grau de proteção oferecido pelo uso combinado de métodos preventivos (profilaxias pré- e pós-exposição sexual, preservativos, uso do teste anti-HIV e outras práticas mais seguras), comparado-o ao uso exclusivo de métodos tradicionais (preservativos e práticas mais seguras). O terceiro componente reúne estudos qualitativos sobre a organização dos serviços, percepção dos profissionais de saúde e a motivação dos indivíduos para a escolha dos métodos preventivos. O estudo será desenvolvido em 5 serviços das cidades de Porto Alegre, São Paulo, Ribeirão Preto, Fortaleza e uma quinta a definir conforme a característica do serviço. No primeiro componente, 3.200 indivíduos, 16 anos, não infectado pelo HIV, que procurarem os serviços para receber PEPsexual, serão acompanhados por seis meses, alocados em dois grupos: os que chegarem aos serviços em até 72 horas após a exposição e utilizarem a PEPsexual (Grupo

|           |                                     |            |                     |
|-----------|-------------------------------------|------------|---------------------|
| Endereço: | Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar | CEP:       | 90.010-040          |
| Bairro:   | Centro Histórico                    | Município: | PORTO ALEGRE        |
| UF:       | RS                                  | Telefone:  | (51)3289-5517       |
|           |                                     | Fax:       | (51)3289-2453       |
|           |                                     | E-mail:    | cep_sms@hotmail.com |

### ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

#### **A CARTA DE APRESENTAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE EM PARTICIPAR DE PESQUISA CIENTÍFICA<sup>6</sup>**

Eu, Bruno Kauss, venho, por meio desta, solicitar vossa autorização para entrevistá-lo e/ou recolher informações documentais, de acesso restrito, em vossa organização, para fins eminentemente acadêmicos, a fim de realizar uma pesquisa científica intitulada: **DIREITO À PREVENÇÃO: DESAFIOS AO PLANEJAMENTO PÚBLICO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP) EM PORTO ALEGRE/RS**, que tem por objetivo investigar os desafios ao planejamento da PrEP, a partir das percepções de profissionais de um serviço de saúde em Porto Alegre/RS, junto ao Curso de Especialização em Gestão Pública, da UFRGS, sob a orientação da Profa. Dr. Renata Ovenhausen Albernaz, como requisito parcial para a obtenção de meu título de Especialista em Gestão Pública. Peço vossa autorização para a divulgação da análise dos dados, resguardando o sigilo de vosso nome e de informações que possam prejudicar as pessoas ou a organização estudada. Entrego-lhe

---

<sup>6</sup> Esse termo deve ser entregue ao Entrevistado ou a ele lida, antes da entrevista, e ele remete às regras de ética na pesquisa científica, pois conforme a Resolução 466/2012 CEP/UFRGS: “O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável; b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa; d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa” (documento disponível em <http://www.ufrgs.br/cep/resolucoes/resolucao-466-12>)

uma cópia, assinada por mim, como garantia de minhas responsabilidades nesta pesquisa, e ficarei com uma cópia assinada por vós, como garantia do cumprimento dos requisitos éticos de minha pesquisa junto à UFRGS. Comprometo-me enviar-lhe cópia final de meu trabalho de conclusão do curso, se assim o desejar.

Porto Alegre, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

(Gerente do Serviço)

---

(Pesquisador)

---

(Testemunha)