



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

PREVENIR OU REMEDIAR?
ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE FRENTE À PROFILAXIA
PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS

AMANDA TRAJANO BATISTA

JOÃO PESSOA-PB
MARÇO/ 2017

AMANDA TRAJANO BATISTA

**PREVENIR OU REMEDIAR?
ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE FRENTE À PROFILAXIA
PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS**

Dissertação submetida ao programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ANA ALAYDE WERBA SALDANHA

JOÃO PESSOA-PB

MARÇO/2017

B333p Batista, Amanda Trajano.

Prevenir ou remediar? atitudes dos profissionais de saúde frente à profilaxia pré-exposição ao HIV/AIDS / Amanda Trajano Batista.- João Pessoa, 2017.

127 f. : il.-

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA

1. HIV. 2. AIDS. 3. Profilaxia Pré-Exposição. 4. Profissionais - Saúde. I. Título.

UFPB/BC

CDU – 616.97(043)

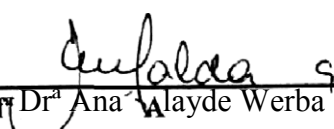
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

PREVENIR OU REMEDIAR?
ATITUDES DO PROFISSIONAIS DE SAUDE FRENTE A PROFILAXIA
PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV/AIDS

Autora: Amanda Trajano Batista

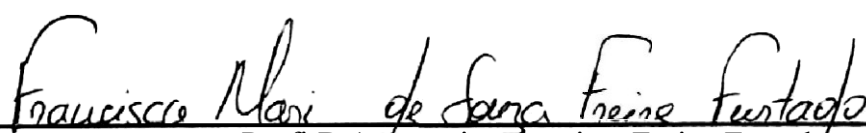
Defendido em: 20 de março de 2017

BANCA AVALIADORA

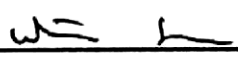


Prof. Dr.ª Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora)

Prof. Dr. Paulo Zambroni
(Membro Interno, UFPB)



Prof. Dr. Francisca Marina Freire Furtado
(Membro Externo ao programa, UFPB)



Prof. Dr. Otávio Pinho
(Membro Externo ao programa, UFPB-HULW)

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
Lembra-vos de que as grandes coisas do homem foram
Conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar inteligência para chegar até aqui, força para ultrapassar as dificuldades, por me dar suporte nos momentos difíceis e por não me deixar desistir nos momentos em que pensei não ser capaz de continuar.

A agência financiadora da Capes pela bolsa concedida, que foi de fundamental importância para a realização deste trabalho.

A minha Orientadora Ana Alayde, que certamente é uma das maiores responsáveis por minha paixão pela pesquisa, que acreditou em meu potencial ao me aceitar no NPVPS quando eu estava no P1, que compartilhou suas experiências e vivências para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e meu agradecimento Ana.

A Mari, minha co-orientadora, pelas horas e apoio disponibilizados. Por estar sempre disposta a me ajudar, até por telefone em pleno sábado à noite. Por ter tido calma e paciência comigo, e por ter me feito ver a análise categorial com outros olhos. Obrigada por acreditar em minha capacidade Mari.

Ao Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidade e Promoção da Saúde: Elís, Josy, Juh, Michael, Rê, Sandra, Flavinho, Jack, Iria, Belle, Karlinha, Tino, Lidy, que acompanharam com amor, incentivo e amizade a minha trajetória acadêmica, desde minha entrada no Núcleo. Meu muito obrigada a vocês, que além de grupo de pesquisas, são uma verdadeira família.

Ao meu melhor amigo Luciano, que esteve presente desde o momento em que eu não fazia ideia do que estudar, até a finalização da dissertação. Que me ajudou com os textos em inglês e que sempre me deu total apoio. Muito obrigada.

E por fim agradeço a minha mãe, que me ensinou sempre a trilhar os bons caminhos, sem os quais eu não poderia ter chegado aqui. Obrigada pelo constante incentivo e apoio, mesmo muitas vezes sem entender o que era esse trabalho que me tirava noites de sono, mas estava sempre ali ao meu lado. A você agradeço a pessoa que me tornei.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	06
LISTA DE TABELAS.....	07
LISTA DE FIGURAS.....	07
RESUMO.....	08
ABSTRACT	09
APRESENTAÇÃO	10
CAPITULO I - DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	14
1.1 Prevenção ao HIV/Aids : Aspectos históricos e conceituais	14
1.2. Medidas profiláticas ao HIV/Aids	22
1.2.1 Preservativo.....	22
1.2.2 Circuncisão.....	24
1.2.3 Redução de danos.....	26
1.2.4 Antirretrovirais como estratégia de prevenção.....	27
1.3. Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP).....	29
2.1.1 Evidencias clinicas, eficácia e dificuldades para o uso de PrEP	32
1.4 Profissionais de saúde e PrEP	40
CAPITULO II – APORTE TEORICO	44
2.1. Atitudes.....	44
2.1.1 Teoria da ação racional.	49
2.2. Objetivos.....	57
CAPITULO III – MÉTODO	58
3.1.Caracterização do estudo	58
3.2.População e Amostra	58
3.3.Instrumentos.....	58
3.4.Procedimento de coleta de dados	59
3.5.Análise e Interpretação dos dados.....	60
CAPITULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
4.1.Resultados Quantitativos	63
4.1.1. Perfil Sociodemográfico e profissional da amostra.....	63
4.2.Resultados Qualitativos	67
4.2.1. Motivos enunciados pelos profissionais de saúde na indicação de PrEP	67
4.2.2. Classes Temáticas e categorias enunciadas.....	71
CAPITULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
CAPITULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	107
ANEXOS.....	120

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV: Antirretroviral

CTA: Centro de Testagem

CM: Circunsição masculina

FTC: Emtricitabina

GIV: Grupo de incentivo a vida

GRI: Imunodeficiência Gay Adquirida

HND: História natural das doenças

HSH: Homens que fazem sexo com homens

IST: Infecção sexualmente transmissível

NRTI: Inibidores de transcriptase Reversa

PEP: Profilaxia Pós Exposição

PrEP: Profilaxia Pré Exposição

SAE: Serviço Atendimento Especializado

SVIH: Vírus da Imunodeficiência Simia

TAR: Teoria da Ação Racional

TCP: Tratamento como prevenção

TDF: Tenofovir Disoproxil Fumarato

UDI: Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS: União das Nações Unidas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais Ensaios clínicos de profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

Tabela 2. Etapas do procedimento de Análise de Conteúdo.

Tabela3. Perfil sociodemográficos da amostra segundo a intenção comportamental (N=48)

Tabela 4. Perfil dos profissionais que não conhecem a PrEP (N=20)

Tabela 5. Categorização temática.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. A Teoria da Ação Racional de Fishbein e Ajzen (1980)

RESUMO

As taxas de novas infecções por HIV continuam elevadas em todo o mundo, trazendo a necessidade da criação de novas estratégias de prevenção. Atualmente, os antirretrovirais (ARV) são utilizados como tratamento, na estratégia de Testar e oferecer Tratamento, como profilaxia após a exposição ao HIV e, mais recentemente, como profilaxia Pré-Exposição (PrEP) indicada para populações-chaves. Esta última, não obstante a eficácia observada, tem levantado questionamentos. Considerando que a implementação e adesão à PrEP é dependente da prescrição pelos profissionais de saúde e tendo como aporte teórico o conceito de atitudes desenvolvido por Fishbein e Ajzen (1975), este estudo teve por **objetivo** analisar as atitudes dos profissionais da área de saúde sobre a prescrição e utilização da Profilaxia Pré-exposição (PrEP). Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo. A amostra foi composta por 68 profissionais de saúde. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e profissional a fim de caracterizar os participantes e, em seguida, foram realizadas entrevistas individuais, segundo o procedimento de Evocação-Enunciação-Averiguação. Os participantes foram abordados em serviços especializados em Aids, assim como em um evento científico sobre HIV/Aids realizado em João Pessoa/PB. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatísticas descritivas, enquanto os qualitativos por meio de análise de conteúdo. A maioria dos participantes era do sexo feminino (66,2%); com média de idade de 41 anos (DP=11,3); sendo 35,3% enfermeiros e 20,6% psicólogos; com tempo de atuação média nos serviços de 9,5 anos (DP= 6,5). O *lôcus* de atuação mais frequente foi o Serviço de Atenção Especializado (SAE) (33,8%), seguido do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (23,5%) e gestão (19,1%). Em relação à intenção de prescrever a PrEP, 45,8% da amostra apresentou intenção positiva; 29,2% apresentaram intenção negativa e 25% se colocaram numa posição de intenção condicional. Já as análises das entrevistas mostraram a presença de duas classes temáticas: A primeira intitulada “*Crenças acerca da PrEP*” é composta por seis categorias de análise (1-grupo-chave, 2-comportamento de risco, 3- Instrumento de prevenção, 4-Direitos, 5-Paradigma Biomédico, 6- consequências de PrEP), e a segunda “*Implantação da PrEP nos Serviços de Saúde*” composta por três categorias (1-Qualificação, 2-Organização, 3-Estratégias para implementação). Diante dos dados coletados, pôde-se verificar que, embora parte dos profissionais participantes tenha afirmado intenção de prescrever a PrEP, a maioria ou apresenta intenção negativa ou ainda tem dúvidas quanto aos efeitos benéficos desta estratégia, tornando-os reticentes à sua prescrição e utilização pelos grupos-chave. Tais dados se tornam preocupantes em vista da implementação da política de prevenção no país que tem como norte a PrEP prevista para o corrente ano. Neste sentido, denota-se ações verticalizadas na tomada e decisões e implementação de políticas de prevenção, onde a percepção dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de combate ao HIV/Aids não são considerados, o que pode prejudicar sua eficácia.

Palavras-Chave: HIV/Aids; Profilaxia Pré-Exposição, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Rates of new HIV infections remain high around the world, need to create new prevention strategies. Currently, antiretrovirals (ARV) are used as treatment, in the strategy of Testing and offer Treatment, such as prophylaxis after exposure to HIV and more recently as prophylaxis Pre- Exposure (PrEP) indicated for key populations. The latter, despite the has raised questions. Whereas the implementation and PrEP is dependent on prescribing by health professionals, this study had to **objective** to analyze the attitudes of health professionals about the prescription and Pre-exposure prophylaxis (PrEP). It was a cross-sectional study, exploratory and descriptive, of quantitative and qualitative character. The sample consisted of 68 health professionals. A sociodemographic and professional questionnaire was used to in order to characterize the participants, and then individual interviews were conducted, according to the procedure of Evocation-Enunciation-Inquiry. The participants were addressed in specialized AIDS services, as well as a scientific event HIV / AIDS in João Pessoa / PB. The quantitative data were analyzed using of descriptive statistics, while qualitative ones through content analysis. The majority of the participants were female (66.2%); With a mean age of 41 years (SD = 11.3); 35.3% were nurses and 20.6% were psychologists; With average working time in services of 9.5 years (SD = 6.5). The most frequent *locus* of action was the specialized service (SAE) (33.8%), followed by the Testing and Counseling Center (CTA) (23.5%) and management (19.1%). Concerning the intention to prescribe PrEP, 45.8% of the sample presented positive intention; 29.2% presented negative intention and 25% placed themselves in a position of conditional intention. On the other hand, the analysis of the interviews showed the presence of two thematic classes: The first one entitled "*Beliefs about PrEP*" consists of six categories of analysis (1-key group, 2-risk behavior, 3-Prevention instrument, 4-Rights , 5-Biomedical Paradigm, 6-consequences of PrEP), and the second "*Implementation of PrEP in Health Services*" composed of three categories (1-Qualification, 2-Organization, 3-Strategies for implementation). Given the data collected, it was verified that, although some of the participating professionals stated their intention to prescribe PrEP, most or have negative intention or still have doubts about the beneficial effects of this strategy, making them reticent to its prescription and use By key groups. Such data become worrisome in view of the implementation of the prevention policy in the country is planned for the current year. In this sense, vertical actions are taken in decision-making and implementation of prevention policies, where the perception of health professionals working in HIV /AIDS services is not considered, which may impair their effectiveness.

Key Words: HIV / AIDS; Pre-Exposure Prophylaxis, Health professionals.

APRESENTAÇÃO

A epidemia do HIV/Aids (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), continua infectando milhares de brasileiros (Brasil, 2015). Desde o início da epidemia, nos anos 80, até junho de 2015, foram registrados no Brasil 798.366 casos de Aids, sendo 519.183 (65,0%) em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. Em relação aos índices de mortalidade, observou-se um aumento durante a primeira década dos anos 2000, alcançando um número de 12.151 óbitos em 2010, representando um aumento de 7,7%, demonstrando que apesar dos avanços, ainda há o risco de morrer por Aids (Brasil, 2015; Grangeiro, 2013).

A política brasileira de enfrentamento ao HIV (Brasil, 2012) aponta que o desenvolvimento da epidemia no país entra em um novo ciclo, com taxas de prevalência relativamente baixas na população em geral, em contraste a uma alta prevalência em subgrupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade (homens que fazem sexo com homens-HSH, Profissionais do sexo, usuários de drogas), exigindo, dessa forma, um aprimoramento nas estratégias de prevenção, assistência e tratamento (Brasil, 2012; Silva, Pereira, Neto, Ponte, Ribeiro, 2010).

Na 20ª Conferência Internacional de Aids, realizada em Melbourne/Austrália (Brasil, 2014), grande parte das discussões foram centradas em estratégias e ações que visem intervenções eficazes para prevenir a transmissão do HIV e reduzir a morbimortalidade. Neste cenário, o Brasil firmou o compromisso da meta 90/90/90, que pressupõe que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV/Aids tenham conhecimento de seu estado sorológico, 90% das pessoas que são HIV+ encontrem-se em tratamento e 90% das pessoas em tratamento tenham a carga viral indetectável. Sendo tal meta pensada e monitorada através de uma série de cuidados (Brasil, 2014; UNAIDS,

2015).

Assim, estudos e recentes descobertas no âmbito da prevenção (Grant, 2010; Grangeiro, 2013) trazem a luz a seguinte questão “Será possível um fim da epidemia da Aids na quarta década?” Este é o desafio proposto aos países das Nações Unidas (UNAIDS, 2015), sustentado no campo do tratamento pela ampliação do leque de medicamentos antirretrovirais (ARVs), levando a discussão da universalidade do acesso aos ARVs (Grangeiro, 2013). Neste quadro surgem “novas” tecnologias de prevenção, que se centram basicamente no uso dos fármacos ARVs como forma de prevenção, tais como a estratégia de Profilaxia Pré-exposição sexual (PrEP).

Atualmente os Estados Unidos da América e França são os únicos países onde os ARVs são licenciados para uso como PrEP. A Profilaxia Pré-exposição, se trata da utilização de ARVs por pessoas HIV negativas, ou seja, pessoas que não possuem o vírus, mas que podem apresentar riscos de uma potencial exposição ao HIV. Nestes casos, a PrEP é utilizada como forma de prevenir a transmissão. É entendida como uma prevenção continua oferecida á parcela da população altamente vulnerável que são denominados grupos chaves (Homens que fazem sexo com homens-HSH, transexuais, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas) nos períodos em que essas pessoas estiverem altamente expostos, criando assim, uma barreira medicamentosa que evitaria o vírus transpor (Grant et al, 2010; Young & McDaid, 2014).

No Brasil, o Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde se reuniu em 5 de outubro de 2015 para discutir como seria o funcionamento desse sistema no SUS, no delinear de uma possível política pública para a PrEP (Brasil, 2015). No entanto, além do repasse de informações aos profissionais de saúde que lidam diariamente com pessoas que convivem com o HIV/Aids, é necessário conhecer e avaliar as crenças que

subjazem o conhecimento e atitudes que os profissionais de saúde possuem acerca da PrEP, bem como a intenção destes em indicá-la enquanto instrumento de prevenção. Assim, o presente estudo irá centrar-se na medida profilática de Pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV e suas implicações no âmbito da prevenção sob a ótica dos profissionais de saúde, sendo estudada a partir do conceito de atitudes de Fishbein e Ajzen (1975). De acordo com os autores, as pessoas utilizam as informações disponíveis acerca de um objeto para então chegar a uma decisão comportamental, sendo necessário conhecer os determinantes desse comportamento e considerar as suas implicações antes de decidir realizá-lo, assim a intenção se constitui como melhor preditor do comportamento. No caso da PrEP, verificar o conhecimento que os profissionais da saúde possuem acerca do seu uso, efeitos e eficácia, bem como, a avaliação que estes fazem deste novo instrumento de prevenção, poderá lançar luz sobre o quão dispostos eles estarão em indicar a PrEP aos usuários do serviço, bem como, o manejo realizado pelos mesmos para uma implementação efetiva.

Além do mais, é importante destacar a escassez de estudos que envolvam as novas formas de prevenção do HIV/Aids, razão pela qual o presente estudo resolveu se debruçar sobre este objeto.

A dissertação foi organizada em quatro capítulos. Com o intuito de delimitar o objeto de estudo da pesquisa, o capítulo I busca apresentar os aspectos históricos e conceituais referentes à prevenção, como se deu o início das práticas preventivas ao longo da história focando a prevenção a HIV/Aids e as principais medidas profiláticas utilizadas até chegar ao uso de antirretrovirais e a profilaxia Pré-Exposição, objeto do referido estudo. Após a delimitação do tema, o capítulo II enfoca o aporte teórico que embasa este estudo: a teoria das atitudes, utilizado o conceito definido por Fishbein e Ajzen, com o objetivo de verificar a intenção dos profissionais de saúde frente a PrEP. O terceiro capítulo destina-se a

descrição do método utilizado para a realização da pesquisa, com a especificação dos objetivos, amostra, procedimentos, instrumentos utilizados e a explicação do tipo de análise utilizada. O capítulo IV, apresenta os resultados e discussões obtidas no estudo, e por fim, o capítulo V traz as considerações finais acerca da pesquisa.

CAPITULO I- DELIMITAÇÃO DO TEMA

1.1. PREVENÇÃO AO HIV/AIDS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A Aids foi e continua sendo marcada por repercussões que vão além do campo da saúde, perpassando os âmbitos político, econômico e social, uma vez que trata de temáticas vistas ainda como tabus na sociedade, principalmente por combinar o comportamento sexual e a doença, o que suscita reflexões de ordem religiosa e moral, apresentando um discurso culpabilizador e normativo do corpo, acarretando desafios para a área científica (Dourado, 2006; Schaurich, 2004).

O discurso normativo acerca do corpo e suas relações tornam-se evidente quando se observa o início da epidemia, em que o vírus do HIV foi inicialmente identificado em homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI), uma parcela populacional que já sofria um grande estigma social. No início de 1982 a doença era chamada de GRI (Gay Related Immudeficiency ou Imunodeficiência Gay Adquirida), mesmo o termo sendo alterado no final deste mesmo ano para Aids (Acquired Immudeficiency Syndromme ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-SIDA), por muito tempo a orientação sexual foi vista como inerente a pessoas que vivem com Aids. Assim, a epidemia era vista por muitos como um “câncer gay” e doença de pessoas promiscuas (Pelucio & Miskolci, 2009). A comunidade científica logo se posicionou em relação a essa problemática, no entanto, apresentou um conceito que acabou por estigmatizar ainda mais essa população, denominado grupos de risco, conceito esse que traz o sujeito como total responsável pela infecção, marginalizando ainda mais aqueles que já se encontravam à margem da sociedade (Schaurich, 2004).

No entanto, com o tempo percebeu-se que essa perspectiva acerca da doença estava equivocada, e que a Aids atingia todos os segmentos populacionais (Cruz, 2013). Diante

disso, a noção de grupo de risco foi alterada para o de comportamento de risco, entendendo que esta poderia abranger todas aquelas pessoas que se encontravam em situações, cujo comportamento considerado de risco (especialmente, a relação sexual desprotegida) as tornariam mais suscetíveis à infecção pelo HIV/Aids. Mas esse conceito, semelhante ao anterior, ainda associava ao indivíduo, que convive com o HIV/Aids, a questões culpabilizantes e de estigma, numa ordem estritamente individual, trazendo à tona um preconceito justificado pelo fato de os indivíduos apresentarem comportamento arriscados. Assim, a doença continuava sendo “do outro” (Cruz 2013; Schaurich, 2004).

Atualmente, o HIV/Aids é analisado não mais sob uma ótica de grupos ou comportamentos desviantes, mas a partir do conceito da vulnerabilidade, trazendo a luz uma percepção do adoecimento como resultado de conjunto de aspectos, não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao sujeito (Ayres, 2002). Contudo, conforme apontam Maliska, Padilha e Andrade (2015) embora o conceito tenha sido alterado, ainda persiste a discriminação, estigma e medo, daqueles que se consideram invulneráveis ao HIV.

Conforme Parker e Aggleton (2001) na resposta a epidemia do HIV/Aids, o estigma e discriminação ainda persistem no desenvolvimento de programas de enfrentamento e educação em saúde, na qual a questão do estigma continua no centro de toda a luta contra epidemia. Mann (1987) (citado por Parker e Aggleton, 2001) identifica três fases da epidemia do HIV/Aids. A primeira fase seria da epidemia do HIV, que ocorre de forma silenciosa, e pode se desenvolver por muito tempo sem ser notada, a segunda seria a da infecção por Aids, em que o vírus ataca o sistema imune gerando a síndrome da imunodeficiência, o qual ainda pode passar muito tempo sem ser notado e a terceira, pior fase apontada como a epidemia das respostas sociais e culturais, vem imbuída de altos

níveis de estigma e discriminação.

Por muito tempo e ainda referida nos dias de hoje, a atribuição da doença a determinados grupos, revela um desconhecimento acerca da doença e sua distribuição, apontando para a necessidade de novos formatos para guiar ações preventivas. Desde então, o quadro de prevenção sofreu profundas alterações, apresentando sucessos, fracassos e apontando desafios futuros, uma vez que na ausência de vacinas e cura, a prevenção é tida como a solução para os novos casos da doença.

Inicialmente as ações preventivas em saúde foram desenvolvidas a partir de três principais quadros teóricos: A história natural das doenças, Promoção da saúde e por fim, o quadro da Vulnerabilidade. A História natural das doenças (HND) tem por base o conceito de constituição epidêmica, que parte do pressuposto que condições atmosféricas, cósmico e terrestre determinariam a existência de doenças que se tornam mais prevalentes em dados lugares e épocas com características específicas, relacionando assim o comportamento das doenças às condições do meio ambiente, suas características geográficas, populacionais e outras. Apesar de polêmico, tal conceito impulsionou a epidemiologia no início do século XX (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

O conceito da HND permitiu uma superação dos limites entre clínica médica e saúde coletiva, medidas preventivas e curativas, evidenciando o papel da prevenção necessária em todos os períodos em que a intervenção possa evitar o adoecimento e seus agravos, compondo diferentes níveis de prevenção (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Um segundo quadro teórico de importante relevância nas ações de prevenção foi a Promoção da saúde, que introduz mudanças significativas no quadro da prevenção. Desde os anos 1970 a promoção da saúde vem expressando um movimento de ideias e ações de forma a renovar as práticas em saúde, perpassando o modelo HND com vistas a reconstruir

seus métodos através do questionamento dos moldes das práticas de saúde, que eram centradas nos determinantes biológicos do adoecimento, trazendo à tona a importância do meio e estilos de vida que o indivíduo está exposto.

Os conceitos e estratégias apontados pela promoção da saúde foram sistematizados em sete princípios orientadores: 1) Concepção integral da saúde, não centrada apenas a questões médicas; 2) Intersetorialidade, com a articulação dos diversos setores sociais; 3) *Empowerment*; 4) Participação social; 5) Equidade; 6) Ações multiestratégicas e 7) Sustentabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Apesar de sua importância significativa, a promoção da saúde enfrentou desafios na sua consolidação, apresentando muitos sucessos e fracassos. Percebendo-se assim, a necessidade de fortalecer e desenvolver quadros com enfoque interdisciplinar e intersetorial, com participação ativa e solidária da comunidade. Nessa direção, surge no cenário da saúde o conceito de vulnerabilidade baseada nos direitos humanos, que além de fortalecer a compreensão dos determinantes em saúde-doença, estabelece critérios e prioridades tendo por base a justiça, equidade e dignidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A vulnerabilidade refere-se à chance de exposição que o indivíduo possui ao adoecimento, sendo resultante de um conjunto de aspectos que estão interligados, não sendo apenas do âmbito individual, mas também coletivos e contextuais (Ayres, 2012). No âmbito da saúde, Ribeiro (2013) aponta que o desenvolvimento do conceito da vulnerabilidade é recente, sendo utilizado numa tentativa de superar as práticas de prevenção ancoradas no conceito de risco. O conceito da vulnerabilidade foi trabalhado inicialmente no âmbito dos direitos humanos, sendo utilizado em seguida, na área da saúde por Mann, Tarantola e Netter (1993) ao empregarem este conceito para avaliar a infecção pelo HIV/Aids.

Com vistas a ampliar este conceito no âmbito do HIV/Aids, Ayres (2002) em meados da década de 1990 demonstra que neste modelo há três planos que se encontram em um processo dinâmico e interdependentes: a vulnerabilidade individual (comportamento pessoal), vulnerabilidade social (contexto social) e a vulnerabilidade programática (programas de enfrentamento a doença).

As situações de vulnerabilidades em que os sujeitos estão imersos podem ser reconhecidas pela interligação desses três componentes, que podem ser identificados através de três questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (Ribeiro, 2013).

Na vulnerabilidade individual têm-se aspectos que se relacionam a concepção que o indivíduo possui sobre o processo de adoecimento. Parte-se do pressuposto que todo e qualquer indivíduo sendo um ser de relação, pode experimentar a situação de adoecimento, bem como se proteger dela, a depender de fatores como por exemplo, o modo de gerir o seu cotidiano (Ayres et al., 2012).

A vulnerabilidade social diz respeito aos aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais. Dentro do plano social, têm-se as relações sociais, de gênero, crenças, o acesso à educação, cultura e mídia. Envolve ainda o alcance às informações, as possibilidades de operacionalizá-las, bem como, o poder de colocá-las em prática durante o cotidiano (Ayres et al., 2012).

E por fim, a vulnerabilidade programática, que corresponde a uma dimensão mais macro, refere-se a aspectos institucionais do processo saúde-doença. Está relacionada aos programas que são responsáveis pelo controle das doenças, a disponibilidade de serviços, acessibilidade, qualidade dos serviços, como também o grau de compromisso, eficácia das instituições e monitoramento dos órgãos responsáveis nas esferas do governo (Ayres et al.,

2012). Dessa forma, nota-se que as intervenções em prevenção vão além do saber biomédico, sendo necessário considerar as necessidades e características dos grupos sociais para os quais estas são dirigidas.

Os determinantes da epidemia do HIV/Aids são inúmeros, assim, as diversas formas de intervenções devem agir de forma integrada para o alcance de uma resposta efetiva (Grangeiro, Kuchenbecker, Veras, 2015). No início da epidemia vê-se uma abordagem biomédica predominante, na busca de identificação do vírus, fabricação de testes imunológicos, antirretrovirais. No entanto, outros métodos de intervenção foram se tornando imprescindíveis para o enfrentamento do HIV, desse modo, não se pode falar mais em uma forma de intervenção isolada, mas de uma prevenção combinada, na utilização de um leque amplo de opções, apostando não só nas novas tecnologias de prevenção biomédica (PrEP, PEP, TCP,) mas integrando a abordagem comportamental, estrutural ao tratamento da infecção por HIV, que se constituem como um eixo fundamental para o melhor uso dos métodos preventivos, contribuindo para o aumento da autonomia dos indivíduos e de grupos vulneráveis face à epidemia.

O conceito de intervenções estruturais foi definida por Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton e Mahal (2008) como sendo “aspectos físicos, sociais, culturais, organizacionais, comunitários, econômicos, jurídicos ou políticos do meio-ambiente que impedem ou facilitam os esforços de evitar a infecção por HIV”. Leite, Murray e Lens (2015) ao discutirem sobre a gestão de risco para o HIV em prostitutas, definem as intervenções estruturais como sendo “uma estratégia que visa à alteração de contextos sociais, políticos e culturais nos quais as prostitutas trabalham e vivem, por exemplo, a mudança de leis que criminalizam a profissão, redução de estigma e da desigualdade de gênero e a participação efetiva em espaços políticos”. Desse modo, estas intervenções têm por objetivo suprimir a

influencia negativa de fatores que tendem a aumentar o risco da aquisição do HIV, sejam eles sociais, culturais, econômicos, políticos, que vem violar os direitos humanos. No entanto, a intervenção estrutural na prevenção ao HIV ao visar mudança de desses fatores que estão determinando o risco e a vulnerabilidade, devem ser implementada de maneira coerente com o contexto no qual foi proposto.

As intervenções comportamentais têm sido apontadas em alguns estudos (Polejack, 2015; Coates, Richter, Caceres, 2008) como eficazes de prevenção ao HIV/Aids, indo desde o aumento do conhecimento sobre métodos de prevenção ao HIV, informações direcionadas a redução do estigma e preconceito, educação voltada pra saúde propiciando um conhecimento sobre ISTs, melhores atitudes no uso do preservativo, até conhecimentos e atitudes sobre as possibilidades e benefícios do uso de antirretrovirais. No entanto, no estudo desenvolvido por Coates, Richter e Caceres (2008) sobre estratégias de intervenções comportamentais para a mudança de comportamento, os autores verificaram que apesar de intervenções comportamentais mostrarem uma redução de comportamentos de risco para o HIV, elas são insuficientes quando utilizada de forma isolada em propiciar mudanças eficazes e duradouras nos comportamentos de prevenção seja em indivíduos ou comunidades inteiras, obtendo êxito quando considera os diversos aspectos estruturais que podem estar influenciando tais comportamentos.

Assim, o reconhecimento dos aspectos estruturais, se constitui como parte de uma estratégia maior de prevenção, que deve ser complementada com outros métodos de tratamento e prevenção, a fim de permitir um maior enfrentamento ao vírus e redução do risco e vulnerabilidade levando a uma posterior redução da incidência da infecção.

Em seu livro “A Aids no mundo”, Mann, Tarantola e Netter (1993) abordaram a historia social da Aids e da prevenção ao fazer uma análise dos programas de prevenção

desenvolvidos em varias partes do mundo, identificando assim elementos bases para que essa prevenção seja eficaz. São eles: 1) Informação e Educação; 2) Serviços sociais e de saúde; 3) Ambiente social adequado. A combinação destes elementos, juntamente com a participação dos programas de prevenção, indivíduos e parceiros e sistemas sociais, demonstrou a capacidade de redução efetiva na transmissão do HIV, no entanto, na ausência de um dos componentes, a prevenção fica deficiente (Mann, et al 1993).

Informação e educação se constituem como decisivos para a prevenção, sendo necessárias, porém utilizadas de forma isolada não são suficientes. A informação por muito tempo foi considerada o ponto chave para a mudança de comportamento, tendo os programas se concentrando por muito tempo em aumentar a conscientização das pessoas frente aos modos de transmissão, entretanto, sozinha não apresenta eficácia suficiente. Interpretações errôneas e informações mal entendidas muitas vezes servem como barreiras a adoção de um comportamento preventivo, e mesmo com informações completas e corretas ainda não se pode garantir a adoção de tais comportamentos (Mann, et al 1993).

O segundo elemento chave que compõe o arsenal para a prevenção envolve os serviços sociais e de saúde, nos quais a informação/educação é complementada com o apoio do serviço. Os serviços sociais e de saúde ofertam desde testagem, programas de tratamento, grupos de apoio, a aconselhamentos e educação para a saúde. Tais serviços auxiliam as pessoas a transformar informações em comportamento. A eficácia também é garantida pelo grau de acesso dos indivíduos aos serviços, que devem refletir as necessidades concretas e específicas daquela população a qual se propõe atender (Mann et al, 1993).

E por fim, um dos elementos que é apresentado como mais complexo, ter um ambiente social adequado. Independente da qualidade da informação, dos serviços

ofertados, o ambiente em que as atividades serão desenvolvidas são de ampla importância para o sucesso de um programa de prevenção. Ambiente no qual deve-se ter como pressuposto apoiar as pessoas em suas necessidades e não coagi-las, evitar discriminação e promover direitos humanos (Mann, et al 1993).

1.2 MEDIDAS PROFILÁTICAS AO HIV/AIDS

1.2.1 Preservativo

Dentre as medidas profiláticas existentes, o preservativo destaca-se como uma medida de grande efetividade e apesar de ser a mais comum, estudos demonstram que a adesão ao seu uso ainda é baixa. (Silva, Silva, Maturana, Silva, Santos, Figueiredo, 2015) O preservativo como medida de prevenção a doenças sexualmente transmissível (ISTs) remota ao Renascimento, havendo indícios de sua existência nas civilizações egípcias, chinesas e romanas. A camisinha, como comumente é denominado o preservativo, foi descrita inicialmente pela anatomista Gabrielle Fallópio em 1564, a qual tratava-se de uma cobertura a base de linho que recobria a glândula, prevenindo contra a infecção gállica, ou sífilis. A partir de 1700, o preservativo começou a ser fabricado utilizando bexigas de animais e peles finas, sendo usada essencialmente na proteção contra as doenças venéreas, mas sua utilidade como contraceptivo começava a ser reconhecida. (GIV, 2016; Oliveira, 2008)

Na Europa do século XX, em meados de 1816, o preservativo continuava a ser produzido a partir de peles de animais e sedas, todavia, donas de casa faziam-nas a partir de tripas de animais compradas a talhos (Oliveira, 2008). Finalmente em 1844, tem-se início o processo de vulcanização da borracha, por Goodyear e Hancock, levando ao aparecimento em 1870 dos primeiros preservativos de borracha, com mais resistência e

menor aspereza comparada aos feitos de peles de animais. No entanto, o custo era muito alto, principalmente para o extrato mais baixo da população, mesmo podendo ser reutilizada. Além disso, tiveram alguns fatores impedidos ao seu uso, como a diminuição do prazer, o incomodo que causavam e sua ligação à prostituição e doenças venéreas, associada ao sexo ocasional e oposto ao casamento. Mesmo com esses fatores impeditivos, com a segunda guerra mundial, seu uso tornou-se mais frequente, sendo a partir de 1930 fabricada não mais com borracha, e sim com o látex o que a torna mais confortável (GIV, 2016; Oliveira, 2008).

Com o advento da Aids, o uso do preservativo se intensifica, todavia, seu uso não é suficiente para conter a epidemia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o preservativo quando utilizado de maneira correta e intacto previne cerca de 90% a chance de transmissão de ISTs, entretanto por não admitir 100% de proteção, formas complementares de prevenção começaram a ser recomendadas, o que ficou conhecido por ABC, Abstinence (abstinência sexual), Being Faithful (fidelidade ao parceiro), além do uso da camisinha (condom use) (Oliveira, 2008).

Centrados no comportamento individual, a abstinência sexual tomou forma nos Estados Unidos, onde movimentos e organizações com apoio federal tentavam controlar as ISTs incentivando os jovens a se abster do sexo. Como o movimento cristão juvenil “True Love Waits” em que jovens se comprometiam publicamente e em solenidade a manterem-se virgens até o matrimônio. No entanto, o efeito dessas campanhas foi o contrário do esperado, uma vez que, tendo os jovens rompido o compromisso selado não procuravam profissionais de saúde para obter auxílio, nem tampouco informações sobre contracepção, métodos preventivos e consequentemente não faziam uso do preservativo, tornando-se ainda mais vulneráveis (Oliveira, 2008).

Estudos neste âmbito (Atanázio, 2012; Cabral, 2015) tem evidenciado que o uso do preservativo vem sendo inconstante em grande parte da população. Conforme estudo desenvolvido por Cabral (2015) com 35 mulheres, acerca da intenção do uso do preservativo, as mesmas apontaram vantagens e desvantagens em seu uso. Ressaltaram que a sua utilização evitaria o risco de contrair ISTs e gravidez não desejada, no entanto, apesar disto, a maioria (n=20) não fazia uso, uma vez que o preservativo era incômodo e diminuía o prazer, outro fator importante era o uso do anticoncepcional. Outro estudo realizado com casais em relacionamento afetivo (Atanázio, 2012), demonstrou que as mulheres possuem crenças românticas que as deixam vulneráveis a infecção por HIV/Aids, sendo assim, ao estar em um relacionamento a confiança que depositam no parceiro as levam a não utilização do preservativo em suas relações sexuais. No entanto, esse mesmo estudo apontou que a maioria dos parceiros apresentavam comportamentos de infidelidade, nos quais nem sempre o preservativo era utilizado.

1.2.2 Circuncisão

Outra medida profilática de utilização em países com altas taxas de prevalência em IST/Aids é a circuncisão masculina (CM), que é caracterizada pela remoção do todo ou de parte do prepúcio do pênis, inicialmente realizada como uma prática religiosa ou cultural, como, por exemplo, simbolizando a passagem para a idade adulta, para tratar doenças, e hoje também como uma medida profilática (Siegfried, Muller, Deeks, Volmink, 2009). No Brasil, a circuncisão é feita, em sua maioria para tratamento de doenças.

Três ensaios clínicos realizados na África do Sul (N=3274), na Uganda (N=4996) e Quênia (N=2784) entre 2002 e 2008, demonstraram a eficácia da circuncisão masculina na redução da aquisição heterossexual do HIV, do vírus da herpes tipo 2, papiloma humano (HPV), e úlceras genitais que causam pequenas feridas na mucosa do prepúcio (Siegfried et al, 2009; Tobian, Kacker, Quinn, 2014).

A redução da transmissão do HIV em 11% dos homens circuncidados, se deveu segundo os autores, a um declínio do número de úlceras sintomáticas, bem como por diminuição na incidência do vírus da herpes. A incidência da infecção por HIV é maior entre homens com maior prepúcio, uma vez que o prepúcio cria um ambiente quente e úmido que pode auxiliar na sobrevivência de vírus e bactérias anaeróbias, e possui uma mucosa externa com grande número de células dendríticas, TCD4+ e TCD8+ células alvos do HIV, tornando-se assim ainda mais susceptíveis. Homens que possuem herpes genitais tipo 2, também são mais vulneráveis a infecção por HIV, uma vez que possuem maior densidade de células T CD4+ no prepúcio. Com o procedimento da circuncisão, esse tecido que é vascularizado e com uma camada de queratina é retirado, e em seu lugar tem-se um tecido cicatrizado (Tobian et al, 2014).

Em 2007, a OMS juntamente com o Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), emitiu uma declaração política formal de apoio a circuncisão masculina que deve ser vista como uma intervenção eficaz para a prevenção do HIV, e reconhecida como uma importante estratégia adicional para a prevenção da transmissão do HIV em homens (UNAIDS, 2007).

A eficácia e benefícios da circuncisão na prevenção a infecção pelo HIV em homens heterossexuais tem sido demonstrados, no entanto, os dados não têm apontam tanto êxito na redução da transmissão em mulheres. Hallet e colaboradores (2011) verificaram em estudo realizado no Uganda com 163 homens e suas parceiras, que a circuncisão não foi um fator impeditivo na transmissão do HIV do homem HIV + para a mulher HIV-. Mesmo não sendo claros os benefícios diretos da circuncisão masculina para as mulheres, os autores apontam que há benefícios indiretos, uma vez que há uma diminuição da prevalência do HIV em seus parceiros.

Em homens homossexuais a eficácia da circuncisão ainda não está clara. Alguns estudos apontam que há sim benefícios nesta população, no entanto, outros demonstraram não encontrar diferenças (Diniz, Canhões e Taveira, 2015). Uma meta análise de 15 estudos com a população homossexual, com uma amostra de mais de 50 mil homens homossexuais de vários continentes, não encontrou uma associação significativa entre ser circuncidado e ter o vírus do HIV (Millet, Flores, Marks, Reed, Herbst, 2008).

Entretanto, não é sabido se há eficácia da CM se não houver uma diferenciação entre as práticas sexuais, se estas são insertivas ou receptivas. (Diniz et al, 2015) Assim, estudo desenvolvido por Tobian (2014) com homens que praticam apenas o sexo anal insertivo demonstrou que, os homens não circuncidados apresentavam maior risco de infecção por HIV, em relação àqueles circuncidados.

Sendo a circuncisão uma intervenção que demonstrou benefícios preventivos conforme os estudos realizados, a OMS estima que haja a circuncisão de 80% dos homens adultos de países que apresentam alta prevalência de HIV até 2020, de modo a evitar novas infecções, apresentando assim benefícios profiláticos há longo prazo para ambos os sexos. (UNAIDS, 2013).

1.2.3 Redução de Danos

Outra prática de prevenção à transmissão de ISTs, principalmente entre usuários de drogas, é a redução de danos. Essa medida diz respeito à adoção de práticas destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas, uma vez que, estudos demonstram que a relação entre práticas sexuais desprotegidas e o uso abusivo de substâncias contribuem para o aumento da infecção por HIV/Aids.

Originalmente desenvolvida no Reino Unido, o programa de redução de danos foi

alvo de inúmeras críticas, principalmente no tocante ao incentivo do uso de drogas, perspectiva que não está condiz com o programa. O objetivo principal dos programas de Redução de danos é a estabilização da vida do paciente e a redução de riscos e danos causados pelo uso de substâncias (Elias e Bastos, 2011). A redução de danos no Brasil tem seu início na cidade de Santos em 1989, por ser uma das cidades que apresentava maior taxa de infecção por HIV do país na época, em que a proporção de usuários de drogas que estavam entre os casos de Aids era de 52%. Ao final dos anos 90, a proporção de usuários de drogas injetáveis com HIV/Aids teve um aumento significativo, sendo o programa de redução de danos expandido para outros estados, uma vez que a epidemia do HIV no Brasil é composta por várias sub epidemias regionais (Elias e Bastos, 2011).

No entanto, as taxas de novas infecções por HIV continuam a ser elevado em todo o mundo, reduzir essa incidência constitui-se um desafio para a saúde pública. Apesar da eficácia das medidas preventivas já existentes, há a necessidade de novas estratégias de prevenção para o HIV (Wilton, Senn, Sharma, Tan, 2015).

1.2.4 Antirretrovirais como estratégia de prevenção

Os medicamentos antirretrovirais surgiram com o objetivo de diminuir a replicação do vírus no organismo, mesmo não eliminando o vírus, o tratamento é de suma importância e tem repercutido positivamente na sobrevivência e maior qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (Silva, Junior e Rodrigues, 2014). Dessa forma, tem crescido o interesse científico na promoção de estratégias de prevenção tendo por base os medicamentos antirretrovirais.

O Brasil foi, durante muitos anos, um modelo mundial de resposta bem-sucedida ao HIV e a Aids. (ABIA, 2016) A construção da política da Aids no Brasil foi originada da

luta dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, devido ao reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia. A adoção de políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da Aids teve início no estado de São Paulo e aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da Constituição federal em 1988 e, no campo da saúde, a aprovação do Sistema único de saúde (SUS) (Sandala e Marques, 2006). Na luta contra o HIV/Aids no Brasil, o Banco mundial exerceu papel importante ao possibilitar a implantação do Programa Nacional de Controle a Aids no país, através da distribuição gratuita dos antirretrovirais, tal conquista se deu através de uma constante luta da sociedade brasileira, tornando-se um exemplo mundial no combate a infecção por HIV/Aids (Souza, Vasconcelos, Tenório, Lucena e Holanda, 2010; Barros, Guimaraes e Borges, 2012).

Em 1986, surge o primeiro medicamento contra a Aids, a Zidovudina (AZT) , mas apenas em 1992 que foi autorizada distribuição gratuita da medicação a pessoa que vive com HIV e pacientes com Aids. A utilização dos antirretrovirais permitiu reduzir a mortalidade por Aids no Brasil em cerca de 50%, e aumentou o tratamento para doenças oportunistas, refletindo maior qualidade de vida para essas pessoas (Pinto, 2007).

Atualmente os antirretrovirais são utilizados como tratamento (TARV) reduzindo a infecciosidade nas pessoas que convivem com o HIV em três diferentes modelos: a) como estratégia de Tratamento como Prevenção (TcP); b) como forma preventiva após uma exposição ao HIV, Profilaxia Pós Exposição (PEP), e c) mais recentemente, como PrEP, em que tem-se uma base contínua com os antirretrovirais para exposições repetidas (Baetem e Grant, 2014).

A estratégia Tratamento como Prevenção aponta que o início precoce do tratamento com ARVs reduziria a transmissão do HIV, uma vez que a carga viral esteja indetectável. A

TcP já é utilizada de forma eficaz para prevenir a transmissão mãe-filho e também está sendo defendida como um meio para gerenciar e reduzir a transmissão sexual do HIV. O ensaio HPTN 052 (Cohen, Mccauley, Gamble, 2012) demonstrou que em casais soro diferentes heterossexuais, o tratamento com ARVs no início da infecção no parceiro sexual soropositivo, apresentou uma redução de 96% na transmissão do HIV (Young & McDaid, 2014, Grant et al. 2010). Tal resultado levou a mudanças nas orientações de tratamento nos EUA e alguns países europeus. De acordo com as diretrizes da OMS, “The Use of Antiretroviral Drugs for Treating an Preventing HIV Infection”, foi recomendado o início de tratamento com as células CD4 abaixo de 500, porém o Brasil, França e Estados Unidos adotaram o início da TARV independente da contagem de CD4 (OMS, 2013).

A Profilaxia Pós Exposição (PEP), é a utilização do ARVs na prevenção a aquisição do HIV, caso a pessoa tenha sido exposta ao vírus. Essa profilaxia deve ser realizada até no máximo 72 após a exposição, com riscos de infecção. Esse método já vinha sendo utilizado em casos de exposição ao HIV em acidentes ocupacionais e não ocupacionais. A plausibilidade deste método, levou alguns países, inclusive o Brasil a estenderem o uso de ARVs a pessoas HIV- que se expuserem ao vírus (Grangeiro, 2013). Em outubro de 2010, foram publicadas diretrizes para emprego da profilaxia pós-exposição sexual para evitar a transmissão após exposições sexuais desprotegidas. Segundo dados do ministério da saúde (Brasil, 2015) foram realizadas mais de 2.000 dispensações da profilaxia em mais de 200 serviços distribuídos pelo país, buscando garantir os direitos sexuais de populações em situação de maior vulnerabilidade (PVHA).

1.3 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO SEXUAL (PrEP)

A profilaxia Pré-Exposição (PrEP), se utiliza da junção de dois antirretrovirais,

Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) e Emtricitabina (FTC), que traz consigo um grande impacto na prevenção da infecção pelo HIV. Ao apresentar eficácia em diversos ensaios clínicos (Baeten et al, 2013; Thigpen et al, 2012; Van Damme et al, 2013; Grant et al, 2010; Marrazzo et al, 2015; Molina et al, 2015) nos Estados Unidos a Food and Drug Administration (FDA) aprovou em 2012 o TDF/FTC para uso como PrEP oral, bem como, os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a OMS, ambos lançando diretrizes recomendando a oferta de PrEP oral a populações com alto risco de infecção pelo HIV (Wilton et al, 2015; OMS, 2015).

A utilização de agentes fármacos atuando na prevenção não é um conceito novo. A exemplo da utilização da cloroquina para a prevenção da malária, ou o uso de pílulas anticoncepcionais orais para prevenir a gravidez. A PrEP já vinha sendo utilizada na prevenção vertical em bebês que entram em contato com TARV durante a gestação, parto e pós parto, o que tem fornecido proteção contra a infecção e reduzido a taxa de transmissão vertical (Kelesidis & Landovitz, 2011; Baetem et al, 2014).

Os estudos com PrEP utiliza dois antirretrovirais (ARV) que são denominados inibidores da transcriptase reversa (NRTI), utilizando o TDF sozinho ou em combinação com FTC, comercializado na marca Truvada. A transcriptase reversa é uma enzima presente no vírus do HIV, ao entrar em contato com a célula humana, o centro do vírus HIV é lançado ao citoplasma liberando seu material genético, o RNA viral e suas enzimas virais. Para que os genes do HIV entrem no núcleo da célula e atinja seu DNA, o RNA viral tem que ser convertido em DNA viral, para que ocorra esse processo tem-se a ação da transcriptase reversa, que irá produzir uma cadeia de DNA a partir do RNA viral, ou seja, uma cópia modificada pelo vírus. Os ARVs inibidores da transcriptase irão suprimir essa replicação, impedindo a produção do DNA viral, encerrando assim a cópia viral (Alcorn,

Corkery & Hughson, 2013). Desse modo, a PrEP ao estar em níveis circulantes no corpo, e este entrar em contato com o vírus HIV, a transposição do vírus será impedida, uma vez que o mesmo não conseguirá afetar o núcleo das células para se reproduzir. Observa-se assim que, a infecção das mucosas pelo HIV pode ser evitada por uma resposta imune do hospedeiro rápida e eficaz, ou limitando o número de células infectadas pelo vírus, o qual, ao estar em menor número a infecção não ocorre (Kelesidis e Landovitz, 2011).

Diversas linhas de estudos com animais e ensaios clínicos em humanos mostraram a efetividade do uso da PrEP, apresentando-a como uma estratégia segura e eficaz. No entanto ainda há questões a serem respondidas, levando a uma ampla gama de estudos em curso. **Tabela 1.**

Tabela 1. Principais Ensaios clínicos de profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

Estudo (Local)	Início	População	Designer	Status	Redução de incidência de infecção HIV	Referência
TDF II (Botswana)	31 de Março de 2007	1.219 Homens e mulheres Heterossexuais	1:1 randomizado TDF/FTC e Placebo	Concluído	Eficácia: 62,2% Adesão: 84,1%	Thigpen et al (2012)
IPrex (África do Sul, Brasil, EUA, Equador, Peru e Tailândia)	30 de Junho de 2007	2.499 HSH e mulheres transexuais	1:1 Randomizado, duplo-cego TDF/FTC e placebo	Concluído	Eficácia: 44% Adesão<50% 50% Adesão>50% 70% Adesão>90%	Grant et al (2010)
Partners Prep (Quênia e Uganda)	31 de Maio de 2008	4.747 casais soro discordantes	1:1:1 randomizado, duplo-cego TDF, TDF/FTC e Placebo	Concluído	Eficácia: TDF= 67% Adesão 82% TFD/FTC=75% Adesão 82%	Baeten et al (2013)
Bangkok (Tailândia)	09 de Junho de 2005	2.413 usuários de drogas	1:1 randomizado TDF e Placebo	Concluído	Eficácia: 48,9% Adesão 67% 68% Adesão >90%	Choopanya et al (2013)

Fem-PrEP (Quênia, África do Sul, Tanzânia)	31 de Maio de 2009	2.120 mulheres	1:1 randomizado TDF/FTC e placebo	Interrompido por falta de eficácia	Eficácia: 6% Adesão <40%	Van Damme et al (2012)
VOICE (África do Sul, Uganda e Zimbábue)	-	5.029 Mulheres	1:1:1 TDF, TDF/FTC e placebo Gel de TDF	Concluído	Eficácia: TDF=49% Adesão 30% TDF/FTC=4,4% Adesão 29% Gel=14,5% Adesão 25%	Marrazo et al (2015)
HPTN	-	3.050 Mulheres	Gel pro2000 0,5%. Gel tampão e placebo	Concluído	30%, não significativamente estatístico	Karim et al (2011)
CAPRISA 004 (África do Sul)	-	889 Mulheres	Gel 1%TDF e placebo	Concluído	Eficácia: 28% Adesão<50% 39% Adesão 50 a 80% 54%Adesão >80%	Karim et al (2010)
PrEP Brasil (Brasil)	01 de Outubro de 2014	500 HSH travestis e mulheres transexuais	TDF/FTC (Truvada)	Em andamento	Ainda não há resultados	Prepbrasil.com
PROUD (Reino Unido)	32 de Outubro de 2012	544 HSH	TDF/FTC (Truvada)	Em andamento	Eficácia: 86%	Mc Cormack et al (2016)
Ipergay (Canadá e França)	31 de janeiro de 2012	400 HSH	1:1 TDF/FTC (Truvada) Intermitente	Concluído	Eficácia: 86%	Molina et al (2015)

1.3.1 Evidências clínicas, eficácia e dificuldades para o uso da PrEP

Desde meados dos anos 2000 a PrEP tem sido estudada de forma clínica para atestar sua eficácia. As primeiras evidências pré-clínicas foi observada em estudos com macacos Rhesus chineses (Van Rompay, Schmidt, Lawson, Raman, Bischofberger e Marthas, 2002; Van Rompay, Kearney, Sexton, Colón, Lawson, Blackwood, Lee, Bischofberger e Marthas, 2006; Subbarao, Otten, Ramos, Kim, Jackson, Monsour, 2006; García-Lerma, Cong,

Mitchell, Youngpairoj, Zheng, Masciotra, 2010) nos quais, a presença da PrEP na mucosa forneceu proteção total ou parcial (70% a 100%) de acordo com o regime de doses adotada contra o vírus da imunodeficiência Símia- Humano (SVIH), que é similar a HIV humano. Tais estudos demonstraram um alto grau de prevenção ao vírus da imunodeficiência símia (SVIH) seja, realizadas através da injeção intravenosa, administração oral, ou por microbicida retal ou vaginal. Assim, tais estudos juntamente com a eficácia percebida dos ARVs na prevenção da transmissão vertical e a sua ação com PEP, deram subsídios para o desenvolvimento de ensaios clínicos com humanos para apoiar o uso dos ARVs como PrEP.

O primeiro estudo clinico randomizado foi realizado em Botswana, o TDF II, com o objetivo de avaliar a eficácia da PrEP em homens e mulheres heterossexuais. Em 2005 pesquisadores iniciaram o estudo TDF I, o qual utilizava apenas o TDF em comparação com placebo, no entanto, os estudos com animais apontaram eficácia superior quando associado ao FTC, sendo alterado o estudo para TDF II, no qual utilizaria a nova combinação de drogas. A combinação desses dois ARVs se justifica por ser fundamental a presença dos fármacos nos tecidos vaginais e retais, uma vez que o TDF atinge uma concentração superior na mucosa retal, enquanto o FTC está 10 vezes mais concentração nas mucosa vaginal e cervical (Diniz, Canhões e Taveira, 2015).

O estudo TDF II apresentou um grau de eficácia geral de 62%, sendo maior para os homens (80%), entre os efeitos colaterais percebidos, o grupo que recebeu TDF/FTC apresentou náuseas (18,5%), tonturas (11,3%) declínio da densidade óssea (Thigpen, et al, 2012). Tais efeitos colaterais foram observados em outros estudos, só que em menor escala, como no IPrex, em que de 2.499 participantes houveram 10 casos de elevação da creatinina, levando a necessidade da descontinuação da medicação nesses participantes (Grant,et al, 2010).

No entanto, o IPrex foi o primeiro estudo a demonstrar que o Truvada é seguro e bem tolerado em pessoas HIV negativas, não apresentando grandes diferenças nos efeitos entre aqueles que receberam Truvada ou placebo. O estudo IPrex demonstrou ainda que os níveis de proteção variam conforme o tipo de exposição (retal ou peniana) tendo maior eficácia entre os que relataram na triagem ter tido sexo anal desprotegido. Desse modo, outros estudos seguiram para melhor avaliar a segurança da PrEP, e estabelecer um regime ideal para a PrEP (Grant, et al, 2010). O IPrex Ole veio como continuação do IPrex, projetado para fornecer informações adicionais sobre segurança e comportamento das pessoas ao tomar PrEP a longo prazo, uma vez que neste estudo todos os participantes estariam tomando Truvada e não placebo. Os resultados demonstraram alta eficácia, e ausência de compensação de risco.

Os ensaios Fem-PrEP e VOICE em que participaram mulheres heterossexuais levantaram preocupações iniciais de que a PrEP poderia não funcionar em mulheres. O ensaio Fem-PrEP obteve eficácia de apenas 6%, em um grupo de 2.120 mulheres ocorreram 33 soro conversões no grupo FTC/TDF e de 35 no grupo placebo, salientado que não foi detectados vírus resistentes nesses participantes. Ao serem avaliados os níveis de adesão, menos de 40% tinham evidencia do uso da medicação, apesar do aconselhamento os níveis de adesão foram baixos. A PrEP não reduziu a taxa de infecção, e a baixa adesão foi referida pelas participantes devido aos efeitos colaterais causados. O estudo foi logo interrompido pela falta de eficácia (Van Damme, 2012). Logo após, foi realizado o ensaio Partness-PrEP, que avaliou-se o TDF sozinho, e em combinação com FTC para casais soro discordantes. Diferentemente do estudo Fem-PrEP, o Truvada demonstrou uma redução geral de 75%, tendo eficácia de 66% nas mulheres e de 84% nos homens, tendo uma incidência de infecção menor que nos estudos anteriores, no entanto, este estudo apresentou

um aumento de práticas sexuais sem preservativo e arriscada, como o sexo anal receptivo sem proteção (Mugwanya, 2013).

Em todos os estudos os participantes eram avaliados constantemente, através de visitas mensais em que se realizavam aconselhamento, teste anti-HIV e de outras ISTs, a entrega de insumos preventivos, avaliação de efeitos adversos, e avaliação dos níveis de adesão à medicação. A avaliação da adesão se realizava por meio do auto-relato do participante, devolução dos fracos com contagem dos comprimidos devolvidos, como também por amostras de sangue colhidas para verificar os níveis da medicação circulantes no sangue (Van Damme et al, 2013).

Embora o auto-relato e a contagem de comprimido em todos os ensaios clínicos tenham sido alta (84% - 95%), a proporção de participantes que estavam no grupo de TDF/FTC com os níveis da droga no soro detectáveis, era menor e variava de 24% -82%. Assim, a maioria dos estudos relataram taxas de soro conversão (Wilton et al, 2015). Demonstrando assim que apesar da prevenção ser eficaz, ela deve ser incorporada a múltiplas estratégias de prevenção, não apenas biomédicas, como estruturais e comportamentais para alcançar benefícios mais duradouros (Polejack, 2015).

Ensaio clínicos com o uso tópico da PrEP também tem sido realizados. Sua aplicabilidade decorre da necessidade de uma prevenção com foco nas mulheres, uma vez que, diante das diversas vulnerabilidades que as mesmas sofrem, ligadas tanto a desigualdades socioeconômicas, culturais e de gênero, uma alternativa de prevenção que pode ser utilizado sem o consentimento do parceiro, e aplicadas pelas próprias mulheres para se protegerem contra a infecção, vem ganhando força ao longo da ultima década (Gaym,2006).

O desenvolvimento de formulações tópicas intra-vaginais de microbicidas para

conter a transmissão de HIV pode fornecer proteção ao inativar diretamente o vírus HIV ao entrar nas células alvo, como também, protegendo as células hospedeiras que revestem a parede vaginal/retal ao impedir que o HIV se ligue as mesmas. Assim, idealmente, microbicidas anti-HIV deve ser capaz de atacar o HIV a partir de diversos ângulos. Para ser um microbicida, estas formulações devem ser seguras, eficazes após administração vaginal ou retal, e apresentar poucos efeitos colaterais numa utilização a longo prazo (Karim et al, 2010). Dois estudos, VOICE e CAPRISA, utilizaram gel vaginal a base de TDF para avaliar a eficácia e segurança da PrEP tópica.

No estudo VOICE o uso diário de gel vaginal não ofereceu proteção, os pesquisadores atribuem essa fato a baixa adesão, já o estudo CAPRISA, houve um acompanhamento de 30 meses com visitas mensais para avaliar o comportamento sexual, uso de gel e preservativos. Os resultados mostraram que o TDF reduziu a aquisição do HIV de 54% em mulheres com elevada adesão ao gel. Não se observou efeitos adversos e soro conversão. Não foi encontrada nenhuma evidência de que o gel de tenofovir pudesse mascarar a infecção pelo HIV, que se verificou logo após o termino do estudo através da retirada de uso de gel. Esses estudos ainda apontaram que o uso do gel poderia preencher uma importante lacuna na prevenção ao HIV para mulheres incapazes de negociar o uso do preservativo, porém, mais estudos estão sendo desenvolvidos para atestar a eficácia da forma tópica de PrEP (Karim,et al, 2010; Wilton et al, 2015).

Entre os estudos que atualmente estão avaliando PrEP, um deles, o estudo MTN 003, está avaliando a eficácia de PrEP com gel de tenofovir usado diariamente para a prevenção do HIV. Este estudo tem por objetivos, fornecer informações sobre se doses que podem melhorar a aderência e a eficácia do gel de tenofovir sem comprometer a segurança (MTN,2010).

Garcia-Ierma et al (2010) realizaram estudo para averiguar o uso da PrEP de forma intermitente em macacos Rhesus, uma vez que é uma estratégia de proteção mais rentável. A administração intermitente da medicação consiste em duas doses de FTC/TDF duas horas antes da exposição e 22 horas após. Os resultados deste estudo apontaram que a proteção foi alcançada apenas com a dose pré exposição, no entanto, a dose após a exposição foi necessária para atingir uma maior eficácia.

Com base nesses dados, o estudo IPergay levanta a hipótese de que a PrEP tomadas no momento da relação sexual proporcionaria proteção adequada contra o HIV, como também, melhora a adesão ao regime de drogas (Molina et al, 2015). Assim, a administração da medicação neste estudo é referido como "on demand" na qual, os participantes tomavam dois comprimidos de TDF/FTC ou o placebo no período de 2 a 24 horas antes da relação sexual, um terceiro comprimido 24 horas após a relação e um quarto com mais 24 horas. Havendo relações sexuais consecutivas, os participantes eram instruídos a tomam PrEP diariamente até a ultima relação sexual, seguido de dois comprimidos pós-exposição. Foi verificada uma alta taxa de adesão (86%) em relação ao comportamento sexual, não houve diferenças entre os grupos quanto às relações sexuais anais sem preservativo, sendo que 81 participantes adquiriram infecções por clamídia (20%), sífilis(10%) e hepatite c(1%) (Molina et al, 2015).

Não foram observados efeitos colaterais graves, um participante interrompeu o estudo devido a possíveis efeitos de interação entre o Truvada e o Dabigatran, medicação que o participante fazia uso, observou-se efeitos como diarreia, vômito, náuseas, e outros distúrbios gastrointestinais. O estudo mostrou uma redução efetiva de 86% no risco de infecção por HIV, sendo uma das maiores, no entanto, não foi possível precisar a exposição necessária às drogas para assegurar a eficácia, neste estudo os participantes não

extrapolaram 15 comprimidos por mês. Uma limitação do estudo diz respeito à aderência a medicação, que é dependente da relação sexual, e não pode ser generalizada para HSHs que tem relações menos frequentes, pois estariam tomando Truvada em um regime mais intermitente, podendo não apresentar a mesma eficácia (Molina et al, 2015).

No entanto, poucos são os estudos que avaliam as barreiras no mundo real da utilização da PrEP, como a viabilidade da implementação fora do ambiente dos ensaios clínicos, se haveria compensação do risco e o estigma que ela pode causar, como estereótipos de promiscuidade, que podem comprometer seu uso (Wilton et al, 2015).

Um estudo realizado em San Diego-EUA, buscou averiguar as barreiras reais de implementação da PrEP com um grupo de HSHs. A pesquisa foi realizada numa clínica de testagem, em que eram oferecidos PrEP para 416 HSHs, destes participantes apenas 14 consentiram o uso, e apenas 2 iniciaram o tratamento. Dentre os motivos para o não uso estava a não percepção de risco, em que os participantes não se percebiam como vulneráveis (30%), efeitos colaterais que poderiam ser causados em longo prazo (41%) e preocupação com custo (48%) uma vez que nos EUA não são oferecidos os medicamentos de forma gratuita (King, Keller, Giancola, Rodriguez, Chau, Young, Pequeno e Smith, 2014).

Autores também apontam como fatores impeditivos no uso de PrEP a compensação de risco, relatada em estudos com profissionais de saúde, em que estes avaliavam nesse sentido o uso de PrEP como preocupante, podendo impedir uma futura prescrição do fármaco (Tellalian, Maznavi, Bredeek, Hardy, 2013; Karris, Beekmann, Mehta, Anderson, Polgreen, 2014).

A desinibição comportamental e compensação do risco são dois modelos que apontam mecanismos pelos quais a PrEP poderia aumentar o risco. Segundo Hogben e

Liddon (2008) a desinibição comportamental ocorre em indivíduos que desejam ter relações sem preservativo, vendo assim a PrEP como um substituto do preservativo. Esse modelo centra-se nos aspectos afetivos, no qual há prazer de se submeter ao risco. Já a compensação do risco aponta que a disponibilidade de PrEP levaria ao baixo uso do preservativo, uma vez que não há percepção de risco da infecção. A compensação de risco centra-se nos aspectos cognitivos, em que o sexo desprotegido se faz aceitável no contexto de PrEP, o que implica numa falsa sensação de invulnerabilidade.

Com o objetivo de prever a intenção que as pessoas possuíam de utilizar a PrEP, bem como a percepção de diminuição do uso do preservativo, Golub, Kowalczyk, Weinberger e Parsons (2010) conduziram um estudo em Nova York com 180 participantes HSH HIV-. Os pesquisadores encontraram que 35% dos participantes que possuem a intenção de usar a PrEP diminuiriam o uso do preservativo durante a utilização da PrEP.

A existência de praticas coercitivas que afetam as populações vulneráveis (Profissionais do sexo, HSHs, Usuários de drogas, Transexuais) levou alguns defensores a questionar se a implementação PrEP poderia aumentar o estigma apontando para uma medicalização do risco de contrair HIV (Mayer & Beyrer, 2016).

O estigma no uso de antirretrovirais está associado à presença do vírus da Aids, o que pode levar a um impacto negativo sobre o uso de PrEP. Segundo um estudo realizado em San Francisco que avaliou as atitudes em relação ao uso de PrEP com uma amostra de HSHs, percebeu-se que sua utilização levou a um estigma por parte dos seus pares e por profissionais de saúde. Os participantes relataram que os pares acreditavam que o uso da PrEP levaria a um maior comportamento de risco, levando a adoção de praticas sexuais inseguras, e também foi visto como um desvio de recursos pra pessoas HIV positivas, que realmente precisam da medicação. Em relação ao estigma nos profissionais de saúde, os

participantes relataram que os profissionais não estavam dispostos a receitar a PrEP, se mostrando em desacordo com a decisão do uso. Assim os participantes se sentiram estigmatizados em relação a sua decisão de usar ou não PrEP. (Liu, Cohen, Follansbee, Cohan, Sachdev e Buchbinder, 2014)

O HIV/Aids traz grandes desafios à sociedade e aos serviços de saúde, desafios esses relacionados principalmente a adesão ao tratamento, em que o uso contínuo de medicamentos exige mudanças no estilo de vida e trazem efeitos colaterais, como também agravos psicossociais, que resultam em baixa auto-estima, estigma e discriminação, sendo preciso um rompimento dos preconceitos enraizados no cotidiano (Zuqui, 2011). Assim, a novas formas de prevenção devem compor um arsenal em favor das escolhas dos indivíduos, devendo respeitar as diversidades e idiossincrasias de cada um, quer haja um pertencimento ou não aos grupos tidos como mais vulneráveis à epidemia (ABIA, 2014). Nesse sentido os profissionais de saúde são atores fundamentais nesse processo.

1.4. PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PREP

O uso da PrEP para prevenir a transmissão do HIV tem recebido atenção substancial em diversos estudos que atestam sua eficácia. No entanto, são poucos os estudos que avaliam o ponto de vista dos profissionais de saúde em relação à PrEP, uma vez que sua implementação e sucesso será em grande parte dependente de sua prescrição por tais profissionais, havendo a necessidade conforme aponta Beloqui, Seffner e Terto Jr. (2013), de mais estudos que investiguem a aceitabilidade, adesão e implementação dessa medida profilática.

Os estudos neste âmbito tem sido desenvolvidos principalmente na Europa e Estados

Unidos, a maioria sugere que apenas um número limitado de profissionais de saúde estão bem informados sobre PrEP, mas ainda assim, demonstram por vezes dúvidas em relação a sua utilização (Krakower & Mayer, 2013).

Krakower e colaboradores (2015) buscaram avaliar os conhecimentos, práticas e percepções que os profissionais de saúde tinham sobre o uso de ARVs, seja como tratamento (TcP) ou como PrEP. Os pesquisadores identificaram que grande parte dos profissionais conheciam a PrEP e as orientações para o uso, no entanto, apenas uma minoria já havia prescrito, mesmo tendo crenças de eficácia do fármaco, os profissionais tinham dúvidas e receio sobre possíveis efeitos colaterais do fármaco e o risco aumentado, sendo determinantes contrários para a prescrição. Também foram indicadas como barreiras práticas a prescrição da PrEP a formação limitada dos profissionais sobre PrEP, sendo necessário mais treinamento.

Em relação às atitudes que os profissionais de saúde possuem em relação à PrEP, alguns estudos (Arnold et al, 2012; Karris, et al, 2014) apontaram que apesar dos mesmos relatarem atitudes favoráveis em relação PrEP, houveram diferenças entre suas atitudes e a prática, sendo a intenção e a prática de prescrição de PrEP baixa. O estudo realizado por Arnold et al. (2012) buscou verificar o que pensavam os profissionais de saúde sobre o uso da PrEP nos EUA e Canada. O autores observaram que, apesar da existência de orientações e documentos que versam sobre a PrEP, os profissionais destacam obstáculos para uma real implantação, estando mais no plano das ideias, do que em sua efetivação real. Embora, maior parte dos profissionais (86%) tenham se colocado com atitudes positivas para a prescrição PrEP, apenas 9% tinham efetivamente prescrito, 43% não tinham prescrito, mas acreditavam que poderiam prescrever. Ademais, 34% profissionais não viam relevância para a sua prática, e 14% não iria indicariam. Dentre os motivos indicados, o principal

elencado foi preocupações com a adesão e possível resistência futura.

Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos procurou verificar a hipótese de que as intenções dos médicos para prescrever PrEP eram movidas por atitudes, auto-eficácia e crenças normativas, tendo por base o modelo do comportamento planejado. As atitudes foram verificadas através da segurança de tomar PrEP, eficácia, aderência e possível resistência ao fármaco; a crença de auto-eficácia estava relacionada a confiança do médico em identificar as pessoas com alto risco e lhes recomendar PrEP, e as crenças normativas estariam relacionadas a aprovação percebida por seus pares na prescrição de PrEP. Os pesquisadores encontraram que as crenças normativas e a auto-eficácia foram associadas a intenção de prescrever PrEP, já as atitudes se associaram de forma negativa, uma vez que os médicos tiveram dúvidas quanto a segurança, adesão e possível desenvolvimento de resistência a PrEP (Sachdev, Stojanovski, Liu, Buchbinder, Macalino, 2014).

Em Massachusetts uma pesquisa online foi realizada com médicos sobre o seu conhecimento e uso de intervenções de prevenção do HIV (White, Mimiaga, Krakower, Mayer, 2012). A pesquisa apontou para um maior conhecimento acerca da PrEP em profissionais especialista na área do HIV/Aids em detrimento dos generalistas, apontando para a importância da implementação de programas educacionais na incorporação da PrEP no pacote de prevenção, pois esse conhecimento deve ser a base dos profissionais no serviços básicos de saúde. Semelhantemente a estudos anteriores, os médicos desse estudo demonstraram também preocupações em relação ao uso da medicação, tais como diminuição de verba para outras formas de prevenção, efeitos colaterais, dados limitados sobre a eficácia e desenvolvimento de resistência, indicados como fatores impeditivos na indicação ao uso. Percebeu-se também que entre as modalidades de PrEP que os médicos optariam, a PrEP tópica se sobressaiu, apesar de haver poucos estudos ainda atestando sua

eficácia, a maioria dos médicos apresentaram esta preferência pela da crença de haver menos efeitos adversos associados.

A percepção sobre a eficácia da PrEP foi um fator investigado por Maznavi, Hardy, Bredeek (2011) em estudo desenvolvido com profissionais de saúde que faziam parte da Academia americana de Medicina. O estudo apontou que o conhecimento sobre PrEP diferiu significativamente entre os entrevistados, quando os pesquisadores solicitavam que os profissionais comparassem a PrEP com outros métodos de prevenção, tais como testagem, uso de preservativo, intervenções comportamentais. Neste caso, a PrEP foi percebida como pouco eficaz diante dessas outras modalidades de prevenção. Já o estudo desenvolvido por Puro, Palummieri, Carli, Piselli e Ippolito (2013) apontou ainda que profissionais especialistas em HIV/Aids apresentaram uma atitude negativa face a PrEP, um vez que percebiam as intervenções comportamentais como mais eficazes que a PrEP.

No entanto, Krakower e Mayer (2016) ao avaliarem os estudos que vem sendo desenvolvidos sobre PrEP com o foco nos profissionais de saúde, demonstraram que em sua maioria focam em aspectos de avaliação da preparação dos profissionais, enumerando três aspectos principais: 1) A consciência sobre PrEP e disposição para prescreve-la; 2) Desafios para identificar as pessoas que mais se beneficiaram com a PrEP, com a condução da avaliação do risco ao HIV; e por fim, 3) Estratégias de suporte para a apropriação do uso da PrEP em ambientes de cuidado. Diante disto, os autores afirmam que, há uma necessidade de estudos com profissionais de saúde que avaliem a intenção e atitudes acerca da PrEP.

Diante desses estudos e levando em consideração a ausência de estudos com profissionais de saúde no contexto brasileiro, essa dissertação se propõe a preencher tal lacuna na literatura científica.

CAPITULO II- APORTE TEÓRICO

2.1 ATITUDES

A atitude é um dos conceitos mais antigos e que mais tem sido estudado na Psicologia Social, conforme fica evidenciado pelos inúmeros artigos e capítulos de livro publicados sobre a temática. Dada a sua centralidade, conferiu identidade à psicologia social (Vala & Monteiro, 2013).

O termo atitudes foi utilizado pela primeira vez por dois sociólogos, Willian Thomas e Florian Znanieck em 1918, quando publicaram *The Polish peasant in Europe and America*, no qual estudaram a experiência de camponeses poloneses que emigraram em massa para a Europa e Estados Unidos. Em suas análises, os autores referem-se ao conceito de valores sociais e atitudes. Os valores sociais estariam relacionados a regras do grupo, guiando as ações dos indivíduos, já as atitudes estariam ligadas a consciência individual que leva a ação, explicando o comportamento social, uma vez que se conhece as atitudes de uma pessoa sobre um objeto, seria possível fazer inferências sobre o comportamento. (Alvaro e Garrido, 2007)

Segundo Cavazza (2008) os autores trouxeram um estado de motivação para o comportamento, apontando uma forte relação causal, em que as atitudes o determinam, posição muito inovadora para a época, em que a sociologia era dominada pela negação do estado psicológico, como explicativo do comportamento. Sendo precisamente na Psicologia Social, que este conceito vem ser reconhecido, tornando-se central no desenvolvimento da disciplina (Álvaro e Garrido, 2007).

No entanto, as origens do estudo das atitudes são anteriores. No campo da psicologia social, diversos conceitos de atitudes surgiram, um dos primeiros psicólogos

a utilizar o termo atitude foi Herbert Spencer em 1862, o qual se referia as atitudes da mente, que era tomada pelo sujeito ao se posicionar em discussões controversas (Roazzi, Roazzi, Almeida, Nascimento e Souza, 2014). Essa concepção mentalista foi superada pelo conceito motor da atitudes nos estudos de Fere em 1888, Langem em 1889 e Munstergerg em 1890 sobre as atitudes motrizes, no qual os autores identificaram que a realização de uma ação tem um tempo de ação menor quando o sujeito esta consciente de sua realização, assim atitudes ou estados de preparação motores e mentais influenciariam as ações (Ajzen & Fishbein , 1980; Torres & Neiva, 2011, Roazzi et al,2014).

Não obstante, em 1920, tem-se um novo foco de estudos das atitudes, que conduz a um desenvolvimento teórico da disciplina, sendo necessário distinguir entre a noção do senso comum e o conceito científico das atitudes. O primeiro faz menção a postura de um indivíduo, um ato ou propósito que se enfrente, já o conceito científico das atitudes, representa um esquema mental mediador entre o pensar e o agir, podendo ser inferido, não sendo passível de observação (Ribeiro, 2013).

As atitudes ganham uma nova conceituação com Thurstone que em 1931 a define como afetos pró ou contra um determinado objeto social, variando de um polo favorável a desfavorável. Nessa mesma linha autores tais como Murphy, Newcomb e Fishbein vem considerar a atitude como uma resposta afetiva ao objeto, sendo o componente afetivo o mais característico das atitudes (Roazzi et al, 2014; Ajzen& Fishbein, 1980)

Em 1935, Gordon Allport escreve no primeiro manual de Psicologia Social, um dos capítulos mais influentes, a *Attitude*. O autor aponta a atitude como um dos conceitos indispensáveis e distinto na psicologia social contemporânea (Cavazza, 2008) revisitando os vários significados das atitudes, deste a sua utilização nas artes, até sua utilização na

psicologia experimental e nos estudos de tempos de reação, reunindo mais de 100 definições do termo presentes na literatura. A partir dessa revisão, aponta que as atitudes não podem ser analisadas a partir de uma visão unidimensional e sim numa visão multidimensional, uma vez que a dimensão afetiva não abarcava a complexidade do conceito (Roazzi et al,2014).

Assim, as atitudes são definidas por Allport como “um estado mental ou neurológico de prontidão, organizado por meio da experiência, que exerce uma influencia diretiva e dinâmica sobre a resposta do individuo a todos os objetos e situações que se relaciona”. Com Allport tem-se o início da postura individualista do conceito de atitudes, principalmente nos Estados Unidos (Cavazza, 2008; Vala & Monteiro, 2013).

Willian McGuire em 1986 se propõe a traçar uma linha histórica dos estudos das atitudes na psicologia social, o autor divide sua influencia em três momentos. Primeiramente, se reporta aos anos de 1920-1930, na qual há grande empenho dos estudiosos nas técnicas de mensuração das atitudes. No decorrer desses anos, são elaboradas as escalas intervalares de Thurstone, escala de Likert e, posteriormente, as escalas de diferencial semântico. As atitudes são vistas em um continuo de avaliação (favorável-desfavorável) ordenada em relação a um objeto (Cavazza, 2008).

Um segundo momento de interesse no estudo das atitudes, ocorre de forma paralela ao desenvolvimento dos meios de comunicação na guerra fria. Investimentos federais são destinados ao estudo do processo de construção do consenso ou de como as atitudes podem ser alteradas no contexto da comunicação. Nesse período, McGuire (1986) destaca duas modalidades de pesquisas, as pesquisas convergentes e divergentes. A pesquisa com estilo convergente foi desenvolvida no âmbito da Universidade de Yale, por Carl Hovland. As pesquisas tinham caráter indutivo, ou seja, partiam da observação do fenômeno para ir ao

plano teórico. Eram manipuladas variáveis independentes, relativas ao receptor, a mensagem, e a fonte, tendo por finalidade identificar os elementos no processo de comunicação que facilitaria uma mudança da atitude inicial do receptor. E as pesquisas de estilo divergentes, seguiam um caráter dedutivo, aplicando a teoria a uma série de fenômenos, manipulando-se as variáveis independentes e observando o efeito na variável dependente, ou seja, a atitude final, como por exemplo, a teoria da dissonância cognitiva de Festinger (Cavazza,2008).

Em meados de 1965-1975, os estudos das atitudes passam por uma crise em relação à adequação do termo, havendo uma percepção do termo como não preciso a identificação dos fenômenos psicológicos. Nesse período também tem-se uma aproximação das atitudes com a cognição social, sendo orientada para os processos e estruturas na elaboração das informações. Assim, inicia-se o terceiro momento apontado por McGuire, em que os estudos das atitudes voltam-se para a relação entre os sistemas de atitudes e as estruturas cognitivas (Cavazza,2008).

Desse modo, são várias as definições apontadas pela literatura para as atitudes, sendo difícil um consenso para o termo. Eagly e Chaiken (1993) a definem como uma tendência psicológica, expressa numa avaliação favorável ou desfavorável a um objeto particular. Rodrigues, Assmar e Jablonski (2010) sintetizam as atitudes em três proposições: (1) são uma organização duradora de crenças e cognições; (2) possuem carga afetiva pró ou contra determinado objeto social e (3) predispõe à uma ação.

Observa-se então que há uma concordância entre os autores de que as atitudes expressam-se através de um julgamento avaliativo de um objeto psicológico. Vala e Monteiro (2013) apontam três características presentes no julgamento avaliativo: sempre irá possuir uma *direção*, por exemplo ser favorável versus desfavorável; apresenta

intensidade, opondo posições extremas a posição fracas, desse modo, duas pessoas podem ser favoráveis a utilização de antirretrovirais para pessoas HIV negativas (atitude com mesma direção), no entanto, uma pode defender medidas mais extremas que a outra (intensidades da atitude). E, por fim, se caracterizam pela acessibilidade, em que uma atitude pode ser ativada automaticamente ao entrar em contato com o objeto atitudinal.

Para que uma atitude seja formada, é necessário que o indivíduo entre em contato com o objeto e emita uma resposta avaliativa sobre o mesmo. Para isso, é necessário que possua informações sobre o objeto, de outro modo, não há como formar atitudes em relação a ele (Torres e Neiva, 2011). Com Rosenberg e Hovland (1960) no final da década de 50 o enfoque tridimensional das atitudes torna-se predominante do construto, formada pelos componentes cognitivo (crenças), afetivo (sentimentos) e conativo (ação).

Para que se tenha uma atitude frente a um objeto, é necessário que haja alguma representação cognitiva do mesmo. Assim, crenças, pensamentos e ideias relativos ao objeto de uma atitude, constituem o componente cognitivo da atitude. O componente afetivo refere-se as respostas do sistema nervoso simpático e afirmações indicadoras de afeto. E o componente conativo refere-se ao comportamento ou intenção comportamental em que as atitudes podem se manifestar (Vala & Monteiro, 2013; Álvaro & Garrido, 2007). A visão tridimensional das atitudes estimulou diversos estudos a analisarem as relações entre os três componentes das atitudes, no entanto, esta visão reforça a existência de uma relação direta entre atitude e comportamento, que se revela como inconsistente no famoso estudo desenvolvido por La Pierre na década de 30, o qual investigou as atitudes de comerciantes norte-americanos frente a um casal de chineses. O estudo se desenvolveu em dois momentos, inicialmente o pesquisador viajou com o casal acompanhando-os em diversos estabelecimentos norte-americanos, sendo atendidos em todos a exceção de um. No

segundo momento, após seis meses, o pesquisador enviou cartas aos estabelecimentos visitados indagando se receberiam um casal de chineses, dos 128 locais que responderam 92% negaram os serviços. Esse estudo demonstrou que é possível haver uma tolerância a nível comportamental e uma intolerância a nível atitudinal, refletindo uma inconsistência entre a atitude e comportamento (Vala & Monteiro, 2013).

Não obstante, para a psicologia social de orientação cognitivista era inaceitável esse corte radical entre a ação e o pensamento. Assim, modelos na psicologia social tem se proposto a esclarecer essa problemática, como a teoria da ação racional (TAR) (Vala & Monteiro, 2013).

Conforme Ajzen (1980), as atitudes se constituem como importantes fatores de previsão do comportamento, no entanto, há uma distinção entre atitudes gerais e atitudes específicas face um comportamento em relação ao objeto de estudo. No estudo de La Pierre, por exemplo, as atitudes face a um casal de chineses acompanhados por um norte americano branco se constituiriam como uma atitude específica frente ao objeto, já atitude em relação aos chineses denotam uma atitude mais geral frente ao objeto. Desse modo, enquanto a primeira seria útil para averiguação de um comportamento específico, as últimas apresentariam uma influência indireta. Ademais o enfoque tridimensional das atitudes acaba por não fazer uma distinção entre as crenças, sentimentos e intenções, admitindo-os como indicativos das atitudes, assim, Fishbein e Ajzen (1975) discordam da visão tridimensional, uma vez que para eles os componentes cognitivos, afetivo e conativo não se juntam para formar o conceito de atitudes, mas são elementos distintos, que estão inter-relacionados.

2.1.1 Teoria da Ação Racional

A Teoria da Ação Racional (TAR) desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1975), é um

marco no estudo das atitudes e da mudança da atitude, por considerarem a existência da intenção comportamental como mediador entre as atitudes e o comportamento. Esta teoria tem importante relevância em estudos sobre comportamentos preventivos, especificamente na prevenção ao HIV/Aids, conforme observado em diversos estudos (Cabral,2014; Ribeiro,2013; Saldanha, 1998) nessa temática.

A TAR é o resultado de uma série de estudos que teve início posterior aos anos de 1950, desenvolveu-se no campo da psicologia social a partir de um conjunto de estudos realizados sobre o construto das atitudes. Os autores proponentes desta teoria deixaram um pouco de lado as questões relacionadas à mensuração de atitudes e o problema da teoria, centrando-se na predição de comportamento em ambiente de campo e laboratório. Desde então a teoria vem sendo aprimorada e testada em diversos estudos (Fishbein & Ajzen, 1975).

Sendo o homem um ser dotado de racionalidade, a TAR admite que, a maior parte de suas atividades esteja sob controle do sujeito, fazendo uso das informações que lhe são disponíveis para realizar ou não um comportamento. Tendo por objetivo compreender e prever o comportamento, a teoria da ação racional considera que a intenção de realizar um comportamento é o melhor preditor deste, em que, não havendo interferência externa, a pessoa apresentaria um comportamento de acordo com sua intenção (Fishbein & Ajzen, 1975).

Fishbein e Ajzen (1975) consideram que todo comportamento é uma escolha entre varias alternativas, sendo o melhor preditor do comportamento a intenção de realizá-lo, e, a atitude especifica se apresenta como um dos fatores importantes nesta decisão. Esta atitude é apontada como um resultado do somatório de crenças sobre as consequências do comportamento, bem como, pela avaliação destas consequências. As atitudes gerais

apresentam-se no modelo como um fraco preditor de comportamentos específicos.

Os autores demonstram que são cinco os construtos necessários para prever e explicar a ocorrência do comportamento futuro, que são: a Atitude e Crenças Comportamentais, a Norma Subjetiva e as Crenças Normativas, e a Intenção Comportamental. As crenças possuem ainda as avaliações das consequências, no caso das crenças comportamentais, e motivações para concordar na norma subjetiva, conforme se observa na **figura 1**.

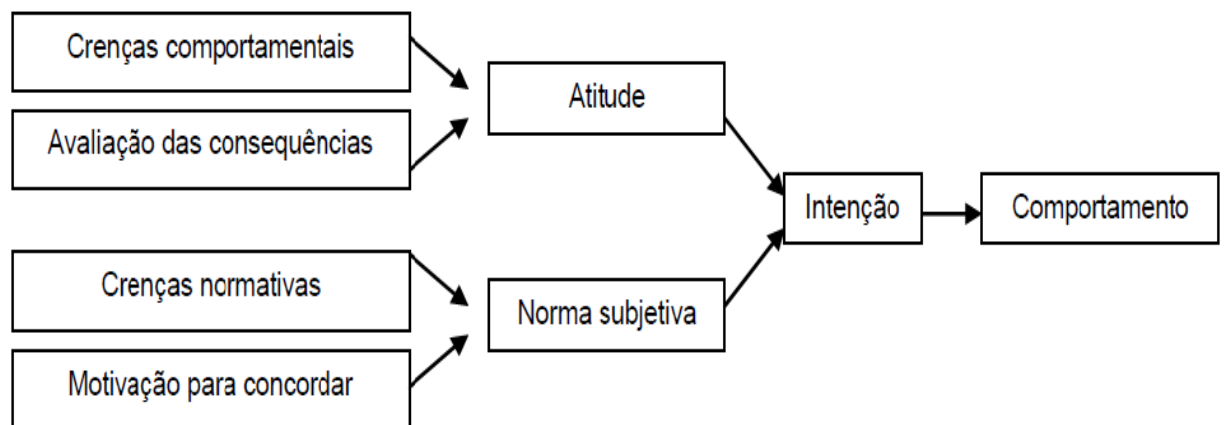


Figura 1: A Teoria da Ação Racional de Fishbein e Ajzen(1980)

A TAR admite que a intenção de realizar um comportamento seja uma resultante de dois determinantes, um pessoal e outro social. O determinante pessoal é identificado como as atitudes específicas, referindo-se à avaliação pessoal de possíveis consequências do comportamento, já o determinante social das atitudes são as normas subjetivas, que diz respeito a percepção do sujeito que seu comportamento será ou não aprovado socialmente. O modelo ainda aponta que a influencia que as atitudes e as normas subjetiva exercem na intenção, dependem do peso relativo de cada umas das variáveis, que podem variar conforme o objeto atitudinal analisado, características pessoas e situacionais, Sendo importante identificar se as intenções comportamentais estão sob controle dos fatores atitudinais ou das normas subjetivas (Fishbein & Ajzen, 1975; Vala & Monteiro, 2013). A seguir será focado

cada um destes componentes pormenorizadamente.

Intenção Comportamental

Conforme já mencionado e sendo corroborado por estudos (Cabral, 2014; Ribeiro, 2013; Saldanha, 1998) Fishbein e Ajzen (1975) afirmam que o melhor preditor de um comportamento é a intenção de realiza-lo, ou seja, a intenção comportamental frente ao objeto. De acordo com os autores, existe uma relação considerada alta entre as intenções de uma pessoa frente a um objeto, e o modo que ela se comporta sobre o mesmo. No entanto, essa relação não é perfeita, uma vez que a magnitude das relações entre as variáveis sofre influência de três fatores, que são: a) os níveis de especificidade; b) a estabilidade da intenção; c) e em que medida a realização da ação está totalmente sob o controle do indivíduo (Fishbein & Azjen, 1975).

Como primeiro determinante tem-se a correspondência nos níveis de especificidade entre a intenção e o comportamento. Neste determinante, a intenção comportamental é medida no mesmo nível da especificidade do comportamento, ou seja quanto maior a especificidade do comportamento, maior a relação entre o que o indivíduo intenciona e seu comportamento (Fishbein & Azjen, 1975).

O segundo determinante da estabilidade da intenção, refere-se ao tempo decorrido entre a intenção e a realização do comportamento. De acordo com Fishbein e Azjen (1975) quanto maior for este intervalo, menor será a relação entre a intenção e comportamento, uma vez que no tempo decorrido, o indivíduo pode adquirir novas informações que possam alterar sua intenção.

E por fim o terceiro fator diz respeito ao controle volitivo, ou seja, a relação entre a intenção e o comportamento estando sob comando do sujeito. Por vezes, determinados

comportamentos só podem ser realizados com a cooperação de outra pessoa, ou requer recursos que o indivíduo não possui, havendo então uma inabilidade do indivíduo realizá-lo, apesar do mesmo possuir a intenção comportamental (Fishbein & Azjen, 1975).

A intenção comportamental é função de dois fatores que são determinantes para a decisão comportamental, as atitudes e as normas subjetivas.

Atitudes

As atitudes, sendo o primeiro determinante da intenção comportamental, diz respeito ao quanto um sujeito possui uma avaliação favorável ou desfavorável frente um objeto atitudinal, sendo uma variável de cunho pessoal ela é formada a partir das crenças sobre um objeto. Na estrutura conceitual do modelo da ação racional, quando uma pessoa forma crenças sobre um objeto, ele automaticamente adquire uma atitude para com este objeto. Concomitante a isso, as atitudes ao serem formadas pelas crenças também são função da avaliação de suas consequências. Tal crença associada a atributos e características ligará o comportamento a uma consequência, podendo esta ser avaliada como positiva ou negativa (Fishbein & Azjen, 1975).

Os autores apontam que os indivíduos tendem a desenvolver atitudes favoráveis a comportamentos que acreditam possuir consequências positivas e desejáveis, e atitudes desfavoráveis a comportamentos que associam a características indesejáveis. Por exemplo, na temática sobre a utilização da PrEP, uma vez que os profissionais de saúde acreditem na ocorrência de comportamentos indesejáveis durante o uso da PrEP podem desenvolver atitudes hostis frente a esta, sendo necessário analisar a luz das crenças as atitudes sobre este objeto (Fishbein & Azjen, 1975). Em suma, para a teoria da ação racional não há uma atitude sem a avaliação das crenças, uma vez que esta crença avaliada resulta na atitude, sendo assim, as atitudes se constituem de um somatório de crenças com sua devida

avaliação (D'amorim, 2004).

Normas Subjetivas

A norma subjetiva é a segunda variável que antecede as intenções, refere-se à percepção que o indivíduo possui de que pessoas ou grupos significativos para ele, denominados referentes, se aprovam ou não o seu comportamento futuro. Tal qual nas atitudes, a norma subjetiva também é determinada pelas crenças, chamadas de normativas (D'amorim, 2004).

Assim, a norma subjetiva se constitui de crenças formadas de opiniões dos referentes, ou seja, a forma que estes referentes gostariam que ela agisse e também pela motivação do indivíduo para acatar tais opiniões. Os referentes modais são geralmente formados por pessoas importantes para o indivíduo, tais como a família, amigos, professores, colegas de trabalho, que o influenciam socialmente. Sendo a norma subjetiva o determinante social das atitudes (D'amorim, 2004).

Sendo a norma subjetiva a influência social do outro, neste estudo esta variável não possuiu peso relativo para avaliar a intenção comportamental, não sendo enunciada uma vez que no Brasil não houve ainda a aprovação e a utilização da PrEP, não podendo se falar em referentes modais para a sua indicação entre os profissionais de saúde.

Crenças

As atitudes e normas subjetivas são funções de fatores de ordem cognitivas, nomeadamente as crenças, sejam elas comportamentais ou normativas, e pelo peso da avaliação das mesmas. Assim, sendo as atitudes e normas subjetivas construídas por um sistema de crenças, é necessário não apenas identificar o fator determinante para a intenção,

mas, sobretudo identificar as crenças que determinam estas variáveis (Fishbein & Azjen, 1975). Sendo assim, as crenças são mediadores da compreensão do indivíduo consigo e com o meio ambiente, sendo a totalidade de crenças a base de informações para as atitudes, intenções e comportamento.

As crenças sobre um objeto fornecem a base para a formação das atitudes sobre o objeto, desse modo, pode-se acessar as atitudes através das crenças pessoais. Assim, a fim de verificar a formação e a mudança de atitudes e intenções, o processo de formação crenças têm de ser investigados. (Fishbein & Azjen, 1975)

No curso da vida de uma pessoa, ela forma diversas crenças que podem ser resultado tanto da observação direta como de processos inferências. Crenças sobre grupos, instituições, democracia tendem a ser relativamente estáveis, já crenças relativas a consequências de comportamentos podem ser mais variáveis. No entanto, do mesmo modo que atitudes podem mudar conforme a variação de suas crenças, algumas podem ser estáveis por muito tempo (Fishbein & Azjen, 1975). Ainda que um indivíduo possa possuir um grande número de crenças acerca de um objeto, somente um número reduzido destas crenças age como determinante das suas atitudes num dado momento, denominadas crenças salientes, geralmente são as primeiras invocadas quando solicitadas. Tais crenças podem ser influenciadas, ficando mais fortes ou fragilizadas, ou restabelecendo novas crenças (Fishbein & Azjen, 1975).

Outro aspecto das crenças diz respeito a sua força, que não tem relação com a sua saliência, mas com o número de crenças que ocorrem com maior frequência numa população, que são denominadas crenças modais. E por fim, as crenças também apresentam grau de importância, sendo algumas mais importantes que outras quando determinante de uma atitude. O termo importância pode ser remetido à polaridade da

avaliação dos atributos do objeto, em que aqueles altamente positivos e altamente negativos tendem a ser percebido com maior grau de importância (Fishbein & Ajzen, 1975). Por exemplo, se um profissional de saúde acredita fortemente que a PrEP é uma forma de medicalização da vida, ela também acreditaria que a medicalização é uma característica importante para a PrEP.

Desse modo, sendo as atitudes formadas a partir das crenças sobre um objeto determinado, neste estudo utilizou-se o conceito de atitudes desenvolvido pelos autores Fishbein e Ajzen, proponentes do modelo da ação racional, no entanto, não será objetivo desta dissertação testar o modelo desenvolvido pelos autores, mas, identificar e analisar as crenças que subjazem as atitudes dos participantes.

Assim, após a explanação da delimitação do tema referente aos aspectos históricos e conceituais da prevenção, os desdobramentos das PrEP e profissionais de saúde, e tendo enquanto aporte teórico necessário o conceito de atitudes e crenças para a investigação proposta, faz-se a seguir o desenvolvimento dos objetivos do estudo.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

Analisar as atitudes dos profissionais da área de saúde sobre a prescrição e utilização da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde;
2. Verificar a intenção dos profissionais de saúde em indicar o uso da PrEP;
3. Analisar as crenças que os profissionais de saúde possuem frente à PrEP conforme a sua intenção;
4. Discutir acerca da implantação da PrEP sob a ótica dos profissionais da saúde;

CAPITULO III: MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo.

3.2 População e Amostra

A população deste estudo foi composta por profissionais de saúde que atuam em serviços do âmbito do HIV/Aids, para tanto, a amostra contou com 68 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social e outros) que atuam no contexto do HIV/Aids, com idade variando de 25 a 65 anos, (M=41 anos; DP=11,3). O número amostral foi definido pela técnica de saturação de conteúdos (Minayo, 2004). Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- I) Ausência de informações;
- II) Não atuar no âmbito do HIV/Aids.

3.3 Instrumentos

Em relação ao instrumento quantitativo (Anexo II), foi utilizado um questionário a fim de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, contendo itens sociodemográficos e profissionais que versavam sobre idade, sexo, profissão, tempo e local de atuação.

No tocante à etapa qualitativa da pesquisa, realizaram-se entrevistas individuais, áudio-gravadas, utilizando-se, inicialmente, o procedimento de Evocação- Enunciação- Averiguação (Anexo III) proposto por Figueiredo (1998). Este estabelece como etapas para realização das entrevistas: a *Evocação*, que consiste em solicitar ao participante que faça uma reflexão individual, durante um espaço determinado de tempo

(aproximadamente dois minutos) acerca do que considera mais importante a respeito do objeto de estudo; seguidamente surge a *Enunciação*, onde após a reflexão sobre o tema, pede-se ao participante que fale três palavras que para ele resume a reflexão feita acerca do objeto e, por fim, a *Averiguação*, que é a fase final da entrevista, onde tenta-se investigar mais a fundo as palavras que foram enunciadas pelo participante. Este procedimento permite a verificação e a discussão dos conteúdos evocados, visando o esclarecimento de aspectos menos visíveis dos conteúdos e o aprofundamento do tema da pesquisa.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

O projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde seguindo todos os procedimentos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A partir da autorização do comitê de ética (CAAE: 50756115.0.0000.5188) foi iniciada a fase de coleta de dados. Em seguida, foi realizada a montagem dos bancos de dados, e posteriormente a análise dos dados, com a categorização das entrevistas, análise das palavras enunciadas e interpretação dos resultados.

Os participantes foram abordados em serviços especializados em Aids (SAE), Centro de testagem(CTA), Hospital e em um evento científico sobre HIV/Aids. Em seguida foram informados que se tratava de uma pesquisa voluntária de caráter científico. Também foram informados acerca da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua participação. Foi entregue aos mesmos duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste solicitou-se que os participantes lessem e com o consentimento de sua participação na pesquisa o assinasse, sendo iniciada a aplicação dos instrumentos. Inicialmente pedia-se ao

participante que pensasse sobre a PrEP, dando-lhes um tempo de 2 minutos. Após esse tempo pedia-se que evocasse três palavras mais representativas da PrEP, tendo feita a evocação, íamos a averiguação de cada palavra enunciada. Por fim, era perguntando ao participante se este indicaria em sua prática a PrEP. As entrevistas tinham uma média de duração de 15 a 30 minutos de acordo com o participante. Após a entrevista pedia-se que os participantes respondessem o questionário sócio demográfico e profissional.

3.5 Análise e Interpretação dos Dados

Os dados oriundos dos questionários sócio demográficos foram analisados utilizando o Software SPSS for Windows – versão 20. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

Os conteúdos textuais decorrentes da entrevista foram categorizados por meio da técnica de Análise Categorical Temática. Após a transcrição integral das entrevistas, estas foram sistematizadas no destaque e identificação de categorias temáticas criadas a posteriori, a partir de sínteses sucessivas que foram realizadas em duas fases, conforme apresenta Monteiro e Figueiredo (1993):

Tabela 2- Etapas do procedimento de Análise de Conteúdo:

Etapa	Procedimentos
TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. Primeira Junção* E. Notação F. Organização e Primeira Síntese
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	Segunda Junção** G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Redação Final

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

(a) *Primeira Junção (Entrevistas Individuais)*: que foi realizada a partir das transcrições das entrevistas, de modo que a síntese partiu de conteúdos considerados comuns encontrados individualmente dentro de uma mesma entrevista;

(b) *Segunda Junção (Conteúdos Totais)*: foi realizada a partir dos conteúdos identificados anteriormente na primeira junção, onde uma segunda síntese foi realizada sobre conteúdos comuns às diversas entrevistas agrupadas. Esta sistematização é descrita a seguir:

(1) A Primeira Fase:

Leitura inicial: Foi realizada uma série de leituras em profundidade, para identificar aspectos preliminares, ligados às Categorias Temáticas;

Marcação: Nesta etapa serão selecionados trechos de conteúdos que correspondam

às Categorias emergentes, além de outros conteúdos considerados importantes;

Corte: os trechos selecionados serão retirados do texto;

Primeira junção: os trechos agora serão agrupados, por participante, onde serão dispostos em um protocolo para análise;

Notação: Foram feitas observações marginais sobre os trechos, de modo a localizá-los na literatura e no contexto das entrevistas;

Organização: as observações foram discutidas para que se fosse feita a segunda junção, de modo que foram agrupados os trechos de todos os entrevistados dentro de uma mesma Categoria Temática.

(2) A Segunda Fase: Se baseará nas etapas da primeira parte:

leitura inicial: foi realizada uma série de leituras em profundidade, onde foram identificados alguns trechos comuns, dentro da Categoria Temática;

Organização: esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias, em função de conteúdos de uma Categoria Temática específica;

Notação: Quando se fez necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as a subcategorias com as Categorias Temáticas;

Redação final: tomando como base a segunda notação, foi elaborada a redação definitiva, baseada na análise de conteúdo.

CAPITULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados, estes foram divididos em duas partes, sendo a primeira referente aos dados do sociodemográficos e profissionais, compondo os resultados quantitativos, e a segunda referente às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, compondo os resultados qualitativos.

4.1. RESULTADOS QUANTITATIVOS

4.1.1. Perfil sócio demográfico e Profissional da amostra

Com a finalidade de cumprir parte dos objetivos específicos, nesta seção serão apresentados os resultados quantitativos descritivos que resultaram das respostas dos participantes da pesquisa ao questionário sociodemográfico e profissional. Assim, para a caracterização da amostra realizou-se análises de estatísticas descritivas.

A amostra foi constituída por 68 profissionais de saúde que atuam no âmbito do HIV/Aids, a maioria no SAE (33,8%), seguido do CTA (23,5%), enquanto 19,1% afirmaram trabalhar na gestão, correspondendo a coordenadores de programas de HIV/Aids. A maioria dos participantes situa-se na faixa etária de 40 a 65 anos (55,9%), e sexo feminino (66,2%). Em relação à profissão, parte significativa da amostra é constituída por enfermeiros (35,3%), seguida por psicólogos (20,6%). No tocante ao tempo de atuação, os profissionais apresentam média de 9,5 anos (DP=6,5), com ênfase na faixa de 10 a 15 anos (33,8%), tendo como *locus* de atuação a região Nordeste, fato que se justifica por parte da coleta ter sido realizada em um evento científico de HIV/Aids realizado em Joao Pessoa-PB.

Tais dados foram subdivididos de acordo com a intenção positiva, negativa ou condicional de indicar a PrEP, conforme observa-se na **Tabela 3.** Vale salientar que 20

profissionais não conheciam a PrEP, não apresentando, portanto, intenção em relação a mesma.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico da amostra segundo a intenção comportamental

Variável	Intenção Positiva N=22		Intenção Condicional N=12		Intenção Negativa N=14		Total N=68	
	f	%	F	%	f	%	f	%
<i>Sexo</i>								
Masculino	10	45,5	04	33,3	02	14,3	23	33,8
Feminino	12	54,5	08	66,7	12	85,7	45	66,2
<i>Faixa Etária</i>								
20-29	04	18,2	01	8,3	02	14,3	14	20,6
30-39	04	18,2	03	25	03	21,4	16	23,5
40-49	08	36,4	02	16,7	05	35,7	18	26,5
50-65	06	27,3	06	50,0	04	28,6	20	29,4
<i>Profissão</i>								
Médico	06	27,3	03	25,0	01	7,1	10	14,7
Enfermeiro	08	36,4	01	8,3	05	35,7	24	35,3
Psicólogo	04	18,2	03	25,0	05	35,7	14	20,6
Assistente social	01	4,5	02	16,7	02	14,3	11	16,2
Farmacêutico	01	4,5	01	8,3	00	0,0	02	2,9
Nutricionista	00	0,0	01	8,3	00	0,0	02	2,9
Educador	02	9,0	01	8,3	01	7,1	05	7,3
<i>Trabalho</i>								
SAE	07	27,7	04	33,3	04	28,6	23	33,8
CTA	03	13,6	02	16,7	06	42,9	16	23,5
Hospital	05	22,7	02	16,7	03	21,4	12	17,6
Gestão	07	31,8	02	16,7	01	7,1	13	19,1
Assistência	02	9,1	02	16,7	00	0,0	04	5,9
<i>Tempo de atuação</i>								
Menos de 5 anos	06	27,3	03	25,0	04	28,6	21	30,9
5 -10 anos	10	45,5	02	16,7	04	28,6	23	33,8
10-15 anos	03	13,6	01	8,3	04	28,6	05	7,4
15-20 anos	02	9,1	00	0,0	04	28,6	06	8,8
20-25 anos	00	0,0	04	33,3	01	7,1	09	13,2
>25anos	01	4,5	02	16,7	01	7,1	04	5,9
<i>Região que reside</i>								
Norte	02	9,1	00	0,0	02	14,3	05	7,4
Nordeste	13	59,1	06	50,0	11	78,6	47	69,9
Sul	01	4,5	01	8,3	00	0,0	02	2,9
Sudeste	04	18,2	05	41,7	01	7,1	11	16,3
Centro Oeste	01	4,5	00	0,0	00	0,0	02	2,9
Exterior	01	4,5	00	0,0	00	0,0	01	2,9

Questionados sobre a intenção de indicar a Profilaxia Pré-Exposição, maior parte da amostra (45,8%) apresentou intenção positiva. O campo de atuação se deu no âmbito da gestão em HIV/Aids (31,8%), sendo em sua maioria enfermeiros e médicos. Estes são profissionais da linha do cuidado mais técnica, que lidam diretamente com protocolos de medicação, podendo-se considerar como intervenções biomédicas, em contraposição aos profissionais que lidam mais com a parte subjetiva, como psicólogos e assistentes sociais. A faixa etária desses profissionais esteve em torno de 40-49 anos, (M=41 anos, DP=10,76), com tempo de atuação variando entre 5-10 anos (M=7,9 e DP=7,3), conforme descrito na **Tabela 3**. Tal dado corrobora com o estudo desenvolvido por Sharma et al (2014) com médicos canadenses, em que quase metade dos participantes (45,4%) estavam dispostos a prescrever PrEP, caso seja implementada no país.

Em relação aos profissionais de saúde que apresentaram intenção negativa de indicar a PrEP (29,2%), a maioria era composta por psicólogos (35,7%) e enfermeiros (35,7%), seguido de assistente social (14,7%), e apenas um médico, a maioria atuante principalmente no Centro de Testagem em HIV/Aids-CTA (42,9%) e nos serviços especializados em HIV/Aids- SAE (28,6%). Observou-se que, no tocante ao tempo de atuação, essa amostra variou de menos de 5 anos até 20 anos, demonstrando que o posicionamento de não indicar a PrEP, vai desde profissionais mais recentes no campo do HIV, até profissionais que possuem mais experiência na área.

Alguns profissionais de saúde (25%) ainda se colocaram numa posição de intenção condicional, em que há concordâncias, ora com a não indicação de PrEP, ora com a indicação de PrEP com ressalvas. A maioria com idade variando de 50 a 65 anos (50%), com atuação de 20 a 25 anos (M=14 e DP=10,4).

Um dado que merece destaque diz respeito a 29,4% da amostra (N=20), que quando

questionados acerca do conhecimento da PrEP diziam conhece-la, no entanto, o conteúdo emergente na entrevista girava em torno de outros tipos de profilaxias, em especial a PEP (N=11), ou em outros casos, mesmo tendo sido feito uma breve explicação sobre a PrEP, os profissionais afirmavam veementemente nunca ter ouvido falar sobre tal profilaxia (N=09).

Tabela 4. Perfil dos profissionais que não conhecem a PrEP (N=20)

Variável		F	%
Sexo	Masculino	07	35,0
	Feminino	13	65,0
Faixa Etária	20-29	07	35,0
	30-39	06	30,0
	40-49	03	15,0
	50-69	04	20,0
Profissão	Enfermeiro	10	50,0
	Psicólogo	02	10,0
	Assistente social	06	30,0
	Nutricionista	01	5,0
	Educador	01	5,0
Contexto de trabalho	SAE	10	50,0
	CTA	05	25,0
	Hospital	02	10,0
	Gestão	03	15,0
Tempo de atuação	Menos de 5 anos	08	40,0
	5 -10 anos	07	35,0
	10-15 anos	01	5,0
	15-20 anos	02	10,0
	20-25 anos	02	10,0
Região que reside	Norte	01	5,0
	Nordeste	17	85,0
	Sudeste	01	5,0
	Centro Oeste	01	5,0

Estes profissionais, com média de idade de 37 anos (DP= 11,6), tinham como local de atuação o SAE (n=10), seguido do CTA (n=05) e gestão do HIV/Aids (n=03) com média de atuação de 7,2 anos (DP= 5,9). Conforme pode-se observar na Tabela 4, em comparação com os outros profissionais, apresentam tanto um menor tempo de atuação na área, quanto

uma faixa etária inferior aos demais.

4.2. RESULTADOS QUALITATIVOS

4.2.1 Motivos enunciados pelos Profissionais de Saúde na indicação da PrEP

Partindo do pressuposto que o melhor preditor de um comportamento é a intenção de realiza-lo, e tendo em vista que as intenções são formadas através das atitudes, com vistas a cumprir o segundo objetivo específico buscou-se identificar como os profissionais de saúde avaliavam sua intenção de indicar a PrEP. Desse modo, ao questionar a intenção de indicar PrEP, os participantes justificavam tal intenção com uma avaliação favorável ou desfavorável.

Entre os participantes que apresentaram uma intenção positiva acerca da PrEP, os motivos enunciados para justificar tal posição giravam em torno dos grupos mais expostos e mais vulneráveis ao HIV, tal como encontra-se no guia de recomendações para a PrEP (OMS, 2015). Estes profissionais citavam por vezes a importância de indicar e fazer a prescrição futura de PrEP para os grupos nomeados “grupos chaves” pelo Ministério da Saúde, conforme observa-se nos discursos a seguir:

“Indicaria sim, para os indivíduos que são muito expostos eu acho que é uma boa alternativa. Eu acho que para esses indivíduos mais vulneráveis né, os grupos que tem mais risco, grupos chaves, eu acho que é uma saída interessante” (Part.08, Médico)

“Indicaria com certeza, tudo aquilo que vem pra evitar o adoecimento dessas pessoas, independente do que seja, é vantajoso” (Part. 66, Enfermeiro)

Outro motivo elencado por tais profissionais para a indicação de PrEP diz respeito a

dificuldade do uso do preservativo, uma vez que o manejo e as práticas de educação em saúde ainda são precárias. Deste modo, a PrEP entraria como uma opção para preencher as dificuldades na adoção de práticas sexuais seguras, conforme fica evidenciado abaixo:

“(...) você tem um paciente que você vê que ele não vai usar preservativo, que ele não vai usar isso, não vai usar aquilo, então sim, se conversa sobre a PrEP.” (Part. 13, Nutricionista)

Sim, indicaria pela mesma dificuldade que tenho, que pode ser a dificuldade de muitas pessoas, de fazer essa proteção antes e com opções de escolha, não só o preservativo.” (Partc. 19, médico Epidemiologista)

Dentre os participantes que apresentaram uma intenção negativa frente ao uso da PrEP, destacam-se diversos impeditivos a sua utilização, principalmente levando em consideração a atual conjuntura do contexto brasileiro. De acordo com a ABIA (2016) a inserção de novas tecnologias de medidas preventivas na resposta brasileira a epidemia, vem no sentido de alinhar-se com as diretrizes mundiais, no entanto, a oferta ampliada dessas profilaxias, como a PrEP, se veem comprometidas pelos déficits estruturais hoje enfrentados pelo sistema público de saúde e econômico do país.

Os profissionais demonstraram um maior interesse na intensificação das formas de prevenção já utilizadas, e em práticas de viabilização efetiva.

“É uma utopia no sentido de que não é algo concreto hoje para as pessoas, é utópica por que as pessoas não têm o que comer, eu vou usar PrEP pra fazer sexo, é? Eu vou usar PrEP pra ter relações sexuais, onde eu não tenho nem a coisa básica na minha casa, né? Não tem a ver com minha realidade, então acho que a PrEP para o Brasil é utópica” (Part.01, Psicólogo)

“Olha eu acho que deveria ser mais investido e seria mais barato e de maior impacto a questão de outros métodos preventivos, então eu não indicaria, não me convenceram.” (Part. 15, Enfermeiro)

Tais profissionais ainda chamam a atenção para as práticas que seriam decorrentes do uso da PrEP, como o uso indiscriminado e aumento da exposição.

“(...) pode ser que aumente a exposição, o sexo sem camisinha, já que terá um remédio que irá prevenir, então pra que eu vou usar camisinha, se sem camisinha é bem melhor? Já é complicado as pessoas usarem camisinha, mesmo sem haver cura pra o HIV as pessoas ainda não se previnem, não usam, e quem dirá com um remédio que servirá pra prevenir? Acho que a exposição irá aumentar, pode não haver tantos casos de HIV por causa do uso da medicação, mas esse remédio só vai prevenir o HIV, e as hepatites? A sífilis? E tantas outras? Acho muito arriscado” (Part.57, Psicólogo)

“Não, eu indicaria a prevenção com o uso do preservativo, porque isso pra mim é como se fosse um incentivo aos jovens e a qualquer outra pessoa que quer fazer sexo desprotegido, então eu vou tomar minha medicação e vou sair transando porque eu tô prevenido. (Part. 59, Psicólogo)

Ainda contou-se com um grupo de profissionais que se colocaram numa posição condicional, ou seja, afirmavam uma intenção condicionada a diversos fatores que, ora os motivavam a indicar, ora os desmotivavam. Dentre os motivos enunciados, um maior conhecimento sobre a medida profilática e a confiança em sua real eficácia perpassou o discurso dos profissionais, como visto na fala a seguir:

“Indicaria desde que a gente tenha mais conhecimento pra poder passar para as pessoas, ter mais confiança nisso (na medida de prevenção) e na terapêutica.” (Part. 36, Médico)

Apesar da existência de guias e documentos norteadores direcionados ao uso da PrEP, como o guia de recomendações da PrEP publicados pelo CDC (2014), a aprovação dos antirretrovirais Tenofovir-Emtricitanina pela Food and Drug Administration nos Estados Unidos, e mais recentemente o *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV*, publicado pela OMS (2015), e o *Oral Pre-Exposure Prophylaxis putting a new choice in context*, UNAIDS (2015), entre outros que versam sobre o uso de PrEP e suas recomendações, alguns profissionais de saúde que trabalham no âmbito do HIV/Aids possuem dúvidas ou desconhecem a profilaxia.

Algumas situações específicas em que a indicação de PrEP se mostraria adequada também foram mencionadas por alguns participantes, como evidenciado no discurso a seguir:

“(...) Situações bem específicas, no caso de casais soro discordantes, eu acho que é uma estratégia interessante, pelo risco do rompimento do preservativo, do mau uso por qualquer que seja a razão. E pra profissionais do sexo pelas mesmas razões que já citei, mas nos outros casos, nas outras relações e nos outros usuários eu não recomendaria” (Part. 42, Educador)

“(...) associada ao planejamento reprodutivo (Casais Soro diferentes) é uma inovação pra mim, e acho também que é o fortalecimento da prevenção do HIV em mulheres que desejam engravidar. (Part. 43, Enfermeiro)

Estudos vêm evidenciando a PrEP como importante arsenal de prevenção para os casais soro diferentes (onde apenas um possui o vírus), no qual os casais que convivem com o dilema da “diferença” veem a PrEP como uma saída. Segundo Albuquerque (2014), independente do conhecimento do diagnóstico ter sido antes ou após o matrimônio, o parceiro soropositivo convive constantemente com o medo da rejeição, preconceito e julgamentos que a doença pode gerar, se colocando numa situação frequente de angústia e

insegurança. Já para o parceiro soronegativo, a possível transmissão da doença poderia acarretar em conflitos, interferindo na vivência de ambos e podendo provocar rompimento do casamento. No entanto, embora o reconhecimento do risco da transmissão contribua para que sejam tomadas medidas preventivas, também pode desencadear ansiedade e sentimento de culpa, dificultando a convivência do casal, em especial sua vivência sexual. Em pesquisa desenvolvida por Ware (2012) no estudo Partness PrEP, foi identificado no discurso dos participantes que, apesar de estarem participando de uma pesquisa, não havendo ainda a certeza de êxito do fármaco, a esperança na eficácia da PrEP foi suficiente para impedir a separação dos casais, como um meio de evitar o HIV.

No entanto, há de se evidenciar que, apesar de ser uma medida que se mostra eficaz para alguns casos, em outros podem suscitar um aumento da vulnerabilidade, conforme abaixo:

“(...) Eu indicaria em alguns casos (...) mas as pessoas que tornassem isso um hábito eu já não indicaria (Part. 65, Médico)

“(...) Ela é uma boa saída, mas pra realidade que a gente tem vai acabar por vulnerabilizar, visto que a nossa população, pelo menos a que eu convivo e acompanho vai acabar por vulnerabilizar.” (Part.64, Assistente social)

4.2.2 Classes temáticas e categorias enunciadas

Partindo dos procedimentos anteriormente citados, para a análise qualitativa dos dados, verificou-se a partir das 48 entrevistas realizadas o surgimento de duas classes temáticas referentes às atitudes dos profissionais de saúde sobre a PrEP, a saber: 1) Crenças acerca da PrEP, e 2) Implantação da PrEP nos Serviços de Saúde. A análise foi realizada contrapondo os discursos dos profissionais de acordo com sua intenção em indicar a PrEP.

Abaixo, na **tabela 5**, são apresentadas as classes temáticas e suas respectivas categorias e subcategorias.

Tabela 05. Categorização temática

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
I) Crenças acerca da PrEP	1. Grupos-chave 2. Comportamentos de Risco 3. Instrumento de Prevenção 4. Direitos 5. Paradigma Biomédico 6. Consequências da PrEP	a) Estigma b) Preconceito c) Populações vulneráveis a) Compensação do risco b) Ausência do preservativo a) Sensação de segurança b) Outras estratégias a) Avanços b) Autonomia a) Medicalização da Vida b) Poder biomédico a) Efeitos colaterais b) Cuidados no uso
II) Implantação da PrEP nos Serviços de Saúde	1. Qualificação 2. Organização 3. Estratégias para implementação	a) Falta de capacitação b) Baixa qualificação profissional a) Estrutura dos serviços b) Custos c) Receptividade do usuário a) Informação b) Educação em saúde

4.2.2.1 CRENÇAS ACERCA DA PREP

4.2.2.1.1- Grupos-chave

Tendo o início da epidemia o HIV/Aids sido caracterizada como uma doença que atingia somente a uma parcela da população ou grupos, a saber: homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, logo houve um posicionamento que acabou por

estigmatizar estes grupos, denominando-os grupos de risco (Schaurich, 2004). Embora haja esforços para que tal conceito não seja mais utilizado nos dias de hoje, o que se observa é apenas uma mudança de nomenclatura, permanecendo em muitos discursos o mesmo sentido.

Sob essa perspectiva, surge a subcategoria *estigma*, a qual aponta para a crença de que grupos específicos possuem maior vulnerabilidade à infecção, remetendo a um estigma associado, semelhante ao início da infecção. Nessa conjuntura, a subcategoria *estigma* esteve presente na fala dos três grupos de análise (positiva, condicional e negativa), tendo por base a intenção em relação a PrEP.

Entre os profissionais de saúde que possuíam intenção positiva, o estigma foi observado nas falas como um reforçador dos grupos, em que termos como baixa condição social, falta de conhecimento e “homossexualismo” são utilizados para caracterizar o grupo a quem a PrEP seria destinada, conforme trecho a seguir:

“É que tem a questão da baixa condição social, do homossexualismo, eu acho que é mais a respeito da ...assim, da falta de conhecimento mesmo que essas pessoas tem, e por isso a necessidade de se trabalhar PrEP nessas pessoas, por que eu acho que a PrEP vem justamente pra isso, se não tem um conhecimento eu vou prevenir de alguma maneira (...)porque tudo aquilo que vem pra evitar o adoecimento dessas pessoas, independente do que seja, é vantajoso.” (Part.66, Enfermeiro)

Observa-se ainda que o HIV/Aids ainda é visto como a doença do outro. Ao longo das entrevistas, vê-se que a Aids funciona como um marcador social a indicar grupos, contextos e situações que falam de uma desigualdade histórica que vem sendo vivenciada, além de atribuir uma vulnerabilidade de cunho apenas individual nestes grupos, como visto a baixo:

“(...) a gente tem que entender que atualmente quem tá exposto a esse tipo de infecção são as populações-chaves e infelizmente eles não tem uma regularidade nos relacionamentos sexuais que pode o colocar exposto a infecção do HIV.” (Part.43, Enfermeiro)

De acordo com Haire (2016) esse estigma influencia negativamente a implementação da PrEP, uma vez que outras pessoas que não se encaixem nos “grupos” e dela quiser se beneficiar poderá ser vista como pessoas promíscuas, uma vez que PrEP está sendo associada a atividade sexual de alto risco, gerando uma via dupla de estigmas.

Entre os profissionais com intenção condicionada, a existência de grupos também foi tida como um fator importante no uso de PrEP, apontando que deveria ser utilizada nestes grupos pela tendência de crescimento da epidemia nos mesmos e a maior exposição ao risco em que se colocam pelo não uso do preservativo.

“(...) a gente sabe que tem populações vulneráveis como travestis e trans que não usam o preservativo, e claro que isso aí deixa essa população mais vulnerável a uma IST, HIV, né, e ainda mais por que a prática sexual por via anal tem um risco ainda bem maior, então eu acho que nesse caso elas estão mais expostas e nesse caso eu acho que até é uma solução.” (Part.20, Assistente social).

“Tem determinada prevalência da população geral que é baixa, mas ela é extremamente alta em alguns grupos da população, que são grupos que estão mais vulneráveis, com maior risco de contrair a infecção, então...é pra esses grupos que a gente tem que olhar” (Part.23, Médico)

Já para os profissionais que tem uma intenção negativa frente à PrEP, a existência de grupos chaves vem fortalecer ainda mais o estigma nessas populações, um vez, que a perspectiva da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos atualmente aponta para a via

de que todos podem estar vulneráveis, não responsabilizando apenas o indivíduo, mas também a estrutura social e serviços de saúde, educação, que também fazem parte do movimento da vulnerabilidade, visto que estes aspectos estão interligados e se influenciam mutuamente. Assim, a criação de grupos é vista como um retrocesso na resposta à epidemia. Conforme se observa na fala a seguir:

“Fortalece o estigma, como se fosse só grupos que tem mais vulnerabilidade de infecção. Como se fosse aquele grupo que tivesse condicionado a certas práticas sexuais, mas todos os grupos sociais estão vulneráveis a ser infectados (...) Principalmente as classes mais desfavorecidas, que não tem o acesso aos serviços de saúde, ai colocar a PrEP só para populações chaves parece que é uma retomada ao que tinha nos anos 80 que ele colocava os grupos de risco, e hoje se coloca como população chave, pra meio que higienizar essa população” (Part.40, Assistente social)

O estigma, visto como uma marca presente nestes grupos pode levar consequentemente ao preconceito. Segundo Ayres et al. (2009, p. 124) a estratégia dos grupos de risco “além de êxitos técnicos muito restritos, produziram em grande escala estigma e preconceito”. Sob esta perspectiva surge a subcategoria *Preconceito*, no qual estão presentes apenas as falas dos profissionais de intenção negativa e intenção condicional, que ao questionar o estigma nos grupos chaves apontam para o aumento do preconceito nesta população.

“A forma como se está falando em PrEP me lembra os grupos de risco do início da epidemia, e todo o estigma e preconceito que as pessoas sofreram, eu temo que com o uso dos antirretrovirais pra pessoas que não tem HIV, mas só por serem desses grupos tomarem a medicação para prevenir cause um estigma muito grande, por não

estão doentes, não precisam tomar remédios gente(...) acho complicado, e acho que as pessoas iram sofrer mais preconceito do que já sofrem(...) Acho muito complicado haver adesão a essa forma de prevenir, por que as pessoas não vão entender, vão achar que por você tomar o antirretroviral, você tem a Aids sabe.” (Part.57, Psicólogo)

A utilização de antirretrovirais por pessoas que não são HIV positivo pode suscitar ainda preconceitos ligados à crença de que por estar tomando antirretroviral possui HIV, conforme se observa no estudo de Albuquerque (2014) com casais soro diferentes, em que o preconceito não atinge apenas o indivíduo soropositivo para o HIV, mas também ao seu parceiro soronegativo.

“(...) já tem aquele receio "Ah eu tô indo pegar medicação então o pessoal vai achar que eu tenho também". A gente já teve caso de que um casal soro discordante que o parceiro que não é HIV+ não ia buscar medicação pra não acharem que ele também era soropositivo.” (Part.64, Assistente social)

Desse modo, surge a subcategoria *Populações vulneráveis*, na qual emergiram nas entrevistas dos profissionais com intenção negativa frente a PrEP. Esta subcategoria vem como um contraponto a formação de grupos, na qual é evidenciado que a retomada a utilização dos grupos remete a uma falsa percepção de invulnerabilidade de outras populações. Conforme se observa nos trechos abaixo:

“A partir do momento que você vivencia a sexualidade somos vulneráveis, qualquer pessoa, qualquer ser humano, não é só esses grupos, agora porque o governo coloca dessa forma, que elas estão mais expostas, então elas se tornam populações de prioridade pra atenção à saúde? As profissionais do sexo, grupo de LGBT, usuários

de drogas, e os viajantes caminhoneiros que estão mais expostos a uma vida sexual fora de casa?.. mas também os jovens solteiros que são muito exposto também” (Part.58, Assistente social)

“Para a maioria dos profissionais hoje em dia ainda é pra uns grupos né, fala logo dos homossexuais... Como se todos nós não fossemos vulneráveis, aí vai que as mulheres comecem a transar com bem muitos homens porque toma esse remédio? E aqueles maridos que traem as esposas, muitos tem relacionamentos que a mulher nem sonha, então é pra uns e outros não? Eu não concordo.” (Part.59, Psicólogo)

“Quando eu faço teste rápido, como eu fiz agora pouco em João Pessoa com 150 pessoas e eu tenho nesse universo seis positivos e foram cinco donas de casa e um homem, e eu faço com os mesmos 150 pessoas, como a gente fez lá na Rua da Areia com as prostitutas e eu não tenho nenhum HIV positivo pras prostitutas, quem é a situação que está mais vulnerável?” (Part.01, Psicólogo)

A partir das falas enunciados, observa-se que a PrEP vai além de um campo meramente biológico, podendo levantar problemas sociais que desde o início da epidemia tem-se buscado combater. Além disso, embora seja notável a eficácia da PrEP na prevenção ao HIV, ela não impede a transmissão de outras doenças sexualmente transmissíveis, assim, uma preocupação que se coloca é que, na prática, o seu uso não conduza a um aumento dos comportamentos de risco.

4.2.2.1.2- Comportamento de Risco

A categoria comportamento de risco surge a partir das falas dos profissionais sobre possíveis comportamentos que podem ser adotados após o uso de PrEP. Nessa categoria,

não houve a enunciação dos profissionais de intenção positiva, infere-se que na fala dos mesmos há uma culpabilização dos chamados grupos chaves, conforme já observado anteriormente na fala de um profissional de saúde enfermeiro, no qual a PrEP não é vista sob a ótica do aumento da compensação de risco, uma vez, que para tais grupos já é posta.

“(...) a gente tem que entender que atualmente quem tá exposto a esse tipo de infecção são as populações-chaves e infelizmente eles não tem uma regularidade nos relacionamentos sexuais que pode o colocar exposto a infecção do HIV.” (Part.43, Enfermeiro)

Desse modo, a subcategoria foi composta apenas pelos profissionais de intenção condicional e negativa.

De acordo com a literatura (Sugarman & Mayer, 2013), o aumento dos comportamentos de risco pode sobrecarregar a capacidade de PrEP para evitar a infecção pelo HIV. Assim, surge a subcategoria *compensação de risco*, na qual, os profissionais chamam atenção para a possível despreocupação dos usuários de PrEP com a doença, compensando o risco de se infectar ao utilizar apenas a profilaxia Pré-exposição, havendo o desuso de outras medidas, conforme observa-se a seguir, em que o uso de PEP causou uma compensação ao risco:

“Dá um certo receio por algumas experiências, eu tô de plantão e era comum nas sextas feiras eu receber jovens que tinham se colocado numa situação de risco para a profilaxia pós exposição, já na confiança...tipo assim, teve um que veio numa sexta, tomou PEP e 30 dias depois ele tava lá pra tomar de novo” (Part.64, Assistente social)

“Tem muita gente que é irresponsável, acho que, tem essa PrEP, aí ele não vão mais tomar cuidado com relação a prevenção, por que

sabe que tem uma pílula, que vai impedir que o vírus se soro converta. Ai por isso que eu acho que não vai ter muito cuidado com relação à prevenção, vão usar indiscriminadamente.”(Part.05, Enfermeiro)

“Fazendo profilaxia pré exposição você está ciente que vai correr o risco naquela determinada situação. Sabe que tem o risco e ainda vai mesmo assim encarar o risco(...) Você vai estar se expondo a toda a sorte de malefícios que o sexo sem camisinha pode trazer, a exposição ao HIV mesmo tendo a PREP ou PEP, é uma exposição da sua vida diante daquela situação”. (Part.48, Enfermeiro)

Estudos demonstram que o uso do preservativo já é inconstante em grande parte da população, Saldanha (1998) em pesquisa realizada com 302 mulheres verificou que a maioria da amostra utilizava o preservativo às vezes (n=100) ou nunca (n=147), e a prevenção estava associada à prática da anticoncepção, sendo, o preservativo citado como o quarto método de prevenção após o uso da pílula, a esterilização e nenhum método utilizado. Cabral (2015) desenvolve pesquisa semelhante ao estudo de Saldanha e, mesmo passado dezessete anos, encontra dados semelhantes, apontando que a maioria das participantes não faziam uso do preservativo por fazer uso do anticoncepcional. Desse modo, entre as formas de comportamentos de risco no uso de PrEP, o não uso da camisinha foi apontado pelos profissionais, conforme mostra a subcategoria *ausência do preservativo*.

“(...) esquecer o uso do preservativo, como aconteceu por exemplo com a pílula do dia seguinte, né, que as meninas iam faziam sexo sem o preservativo e iam atrás da pílula do dia seguinte ou compravam e tal, e a gente sabe que aquilo é uma bomba atômica pro organismo, e você imagina o antirretroviral.” (Part. 15, Enfermeiro)

“Tão falando da PrEP como algo como se não tivesse as outras ISTs, né, eu vou prevenir o HIV e as outras ISTs? Ai eu não preciso usar o preservativo, porque não é tão importante assim, a gente tá botando na balança o que é realmente mais importante ter o HIV, não é a sífilis, não são as outras doença sexualmente transmissíveis? (...) se eu não uso preservativo como que eu vou usar um medicamento que causa vários efeitos colaterais” (Part.01, Psicólogo)

“Se a pessoa já chega nesse contexto de PrEP, seria o uso do preservativo, pois eu acho mais seguro, mas a maioria das pessoas não querem usar, esse é o grande problema. Então o Ministério da Saúde quando toma essas decisões é porque já está numa situação que já perdeu o controle. ” (Part.58, Assistente social)

Outro fator considerado preponderante a ausência do uso do preservativo, são as relações desiguais de gênero, que muitas vezes impera entre o casal, na qual crenças historicamente construídas colocam as mulheres em situação de dependência subjetiva, conforme aponta Ribeiro, Silva e Saldanha (2011) na negociação do uso do preservativo, as mulheres sentem-se pressionadas a corresponder às expectativas dos parceiros, deixando que a decisão do uso ou não do preservativo fique sujeita ao exercício de poder, intrínseco às relações de gênero. Tal questão pode ser evidenciada no discurso abaixo:

“.(.) a gente tem uma questão ainda de desigualdade de gênero quando fala de preservativo, a mulher passa por agressão, passa por uma dificuldade de dialogar sobre essa pactuação do uso do preservativo né, passa por questões sociais graves, com relação aos jovens, meninas e meninos jovens” (Part.01, Psicólogo)

Estudo realizado por Galea, Kinsler e Salazar (2012) no Peru com populações chaves, nomeadamente transgêneros e homens que fazem sexo com homens (HSH) sobre a

aceitabilidade de PrEP, verificou que os participantes relataram a mudança de comportamento, especialmente o uso de preservativo que diminuiria como resultado da utilização de PrEP.

Apesar dos estudos com PrEP falarem de uma prevenção combinada e ausência de comportamentos do risco, como o abandono do preservativo (Cáceres, Koechlin, Godfrey-Faussett, 2015; Grant, et al, 2010), de fato não é o que ocorre. Por exemplo, Efe Damon Jacobs, terapeuta especializado em HIV, em entrevista para Agência da Aids (2015), afirmou que não utiliza mais o preservativo, desde que começou a se medicar com a PrEP, "Eu escolhi não usar preservativos. Estou tomando PrEP desde o dia 19 julho de 2011. No primeiro ano, combinava com preservativos, porque ainda era muito novo. Minha cabeça não podia sentir-se segura sem preservativo. Mas, uma vez que minha experiência demonstrou que realmente funciona, eu tomo todos os dias e já não uso preservativo".

Esta preocupação também foi enunciada pelos participantes deste estudo a partir da possibilidade de que o acesso generalizado à PrEP possa levar a um aumento de ISTs,

“O advento da PREP pode ser um fator de descuido, aí a partir do momento que você “ah tô usando o remédio e o remédio serve pra isso”, então a pessoa pode relaxar no uso do preservativo (...) eu acho que a PREP pro HIV ela não deveria ser aberta a todos, por que querendo ou não há uma resistência muito grande ao uso do preservativo e a PREP só protege do HIV, né. E pra ser bem sincero, eu não ia querer usar camisinha se tivesse um remédio” (Part.42, gestor)

Este discurso denota uma disparidade entre o que os estudos apontam sobre a ausência de compensação de risco e o que pensam os profissionais de saúde, quando o próprio profissional, conhecedor dos riscos da ausência do preservativo, afirma que não utilizaria o mesmo, advertindo que pode haver um esquecimento do preservativo pelos

usuários. Estudo realizado por Karris et al (2014) para avaliar se os profissionais de saúde estavam preparados para PrEP nos EUA e Canadá, encontrou dados semelhantes, os profissionais afirmavam que “Se eles não usam preservativos eles também não vão usar pílulas”. No entanto, muitos estudos vêm apontando que a PrEP não pode ser vista sob este ângulo, que vem como um arsenal a mais para compor as medidas de prevenção, juntamente com o uso de preservativos e programas de mudança de comportamento, que ela poderá ser eficaz na redução da transmissão do HIV (CDC, 2014).

4.2.2.1.3- Instrumento de Prevenção

Uma vez que o controle da epidemia de HIV é mais provável se realizado através de uma combinação de intervenções, ao entender a PrEP como um instrumento de prevenção, esta categoria versa sobre a sua utilização ao compor o arsenal de medidas preventivas, conforme o entendimento dos profissionais de saúde.

Sendo a segurança um fator de alta relevância no uso de qualquer medida profilática, estudos demonstram que a PrEP pode ser parte de uma estratégia de gestão de risco segura e eficaz (Grant et al 2010; Baeten et al, 2013). Assim, surgiu a subcategoria *Sensação de segurança* na qual houve o discursos dos três grupos de análise de profissionais.

Os profissionais de saúde com intenção positiva frente à PrEP, destacaram-na como uma medida eficaz de segurança e controle para as pessoas que se expõe ao risco, conforme pode ser visto abaixo:

“Seria que, se você está em situação de risco, você usa pra prevenir a aquisição do vírus. A segurança que o indivíduo que se expõe tomando o medicamento, vai se sentir seguro e provavelmente não

adquirir a doença. O cuidado é que ele se preocupa consigo né, se eu sou exposto, então vou procurar algum meio de me prevenir.”

(Part.18, Médico)

“É uma segurança para os indivíduos que se expõem, acho que a segurança é essencial, né, aí, pro sexo seguro, então eu acho que é mais uma forma que esses indivíduos expostos frequentemente vão ter pra aí ter a sua segurança mesmo na atividade sexual. (...) eu imagino que a gente vai ter mais controle na medida que a gente fizer a PrEP nas pessoas que são expostas, então eu acho que é uma forma de controlar a epidemia também, além de todas as outras que a gente já tá tentando fazer a tantos anos”. (Part.08, Médico)

Entre os profissionais com intenção condicional, percebe-se que não é enfatizada uma segurança específica para pessoas mais expostas, e sim, que o advento da PrEP traz uma segurança para a população em geral, ao apontar para um avanço na tecnologia de cuidado e controle do vírus.

“Eu acho que vamos conseguir passar pra população uma segurança que vai tá controlando o vírus, conseguir mais, ter mais contato com essa tecnologia, que a população veja que vai ter uma segurança maior.” (Part.36, Médico)

Já nos profissionais que possuem uma intenção negativa acerca da PrEP, observa-se o questionamento se a profilaxia Pré-exposição acarretaria numa segurança real ou seria uma falsa segurança.

“Eu penso assim, que é segurança imaginária... até certo ponto imaginária, porque te dá aquela sensação de segurança, mas pra ser mais seguro só associando a camisinha com a medicação.” (Part.58, Assistente social)

Tal achado vai ao encontro dos resultados alcançados por Karris et al (2014), em que questionados acerca da disposição em prescrever PrEP, 12% (n=52) dos profissionais de saúde, especificamente médicos, afirmaram que não prescreveriam em sua prática devido a eficácia ser limitada e criar uma falsa sensação de segurança.

Desse modo, tanto os profissionais de intenção condicional, quanto os de intenção negativa, apontam outros métodos para compor a prevenção, juntamente com a PrEP, que constitui a subcategoria *Outras estratégias*.

“Eu acho assim tudo que a gente pode prevenir... a gente conhecendo os métodos de barreira, é extremamente importante porque é o que, é algo que você vai adquirir, não é algo que você trouxe uma carga genética ou uma predisposição... Acho que a melhor alternativa se chama prevenção” (Part.61, Enfermeiro)

“Na verdade, eu mostraria, como profissional de saúde, como psicólogo que sou, todas as formas de prevenção possíveis à pessoa, não só as formas de prevenção biomédicas, mas também as formas de prevenção comportamental”. (Part.11, Psicólogo)

Estudo realizado por Puro et al (2013) identificou que a maioria dos profissionais de saúde concordaram que incentivar intervenções comportamentais é mais eficaz que a PrEP, e se sentiam desconfortáveis ao prescrever medicamentos, no entanto, os que possuíam atitude positiva discordavam que as intervenções comportamentais poderiam ser mais eficazes do que a PrEP.

4.2.2.1.4 - Direitos

A premissa do direito à saúde, estabelecida na constituição de 1998, se constituiu como um dos pilares para a resposta a epidemia do HIV/Aids, favorecendo a implementação de ações centradas na prevenção, promovendo assistência às pessoas que

convivem com HIV/Aids (ABIA, 2016). No entanto, há que se destacar que muitas das ações e conquistas neste campo se consolidou a partir de lutas de movimentos sociais em busca de seus direitos, trazendo a Aids como fenômeno político e social, exigindo respostas, políticas públicas e ações de enfrentamento.

Desse modo, tem-se a subcategoria *avanço*, a qual, versa sobre as conquistas no âmbito do HIV/Aids, configurando a PrEP como uma conquista de direitos. Nesta subcategoria, os três grupos de análise concordaram que a PrEP é um avanço na resposta a epidemia, no entanto, proferiram com algumas ressalvas. Tanto os profissionais com intenções positivas e aqueles com uma intenção condicional, apontaram a PrEP como um avanço sem nenhuma restrição ou discordância, conforme observa-se:

“É um avanço, sim, acho que nós não podemos fechar os olhos e pensar que todas as pessoas têm condições de se prevenir, de fazer aquela prevenção certinha que a gente considera, não se expor ou usar o preservativo sempre em todas as relações, que tenham outras oportunidades, então, de se prevenir e não se expor, e aí vai essa oportunidade junto, por isso creio que seja um avanço. (Part.10, Enfermeiro)

“Não deixa de ser um avanço na medicina, na farmacologia, espero até que esse avanço chegue à cura, a uma vacina, que já que não surgiu, surge essa opção do antirretroviral.” (Part.60, Psicólogo)

Já os profissionais com intenção negativa, apesar de apontar a PrEP como um importante avanço, tanto no âmbito tecnológico, quanto no interesse do governo em insumos modernos, haja vista os custos para sua efetivação, trazem importante discussão sobre a contramão da prevenção, no qual ao mesmo tempo que é um avanço tecnológico, é um retrocesso na linha do cuidado.

“Não tenho dúvida nenhuma que é um avanço incrível, um grande avanço, é muito caro isso pro governo, os testes que a gente usa, isso aqui é o que há de mais moderno em teste rápido que é usado na África, então... é bastante importante, houve avanço sim, mas ao mesmo tempo a gente anda na contramão, que a gente evoluiu com tecnologia, com o que há de mais moderno, mas a gente aumenta essa relação do não cuidado, da não prevenção, do não uso do preservativo.” (Part.61, Enfermeiro)

Não obstante, todos os profissionais concordam que este avanço permite uma autonomia aos sujeitos, ao se constituir como um direito, corroborando com Grant e Koester (2016) ao verificarem que o uso de PrEP pode criar *empowerment*, definido como a capacidade e autonomia para agir em nome próprio, fornecendo controle sobre a própria vulnerabilidade ao HIV. Assim, tem-se a subcategoria *autonomia*.

“Acima de tudo deve-se respeitar a forma que o outro quer viver sua sexualidade, de como ele quer se prevenir. E também deve haver um respeito com as pessoas que decidirem por usar a PrEP, pra não cairmos no preconceito e discriminação com elas.” (Part.50, Psicólogo)

“Decidir qual é a forma que eu quero me prevenir. Quando eu tenho opções, eu posso optar, não existe opção de uma sugestão de que tem que usar preservativo, tem que usar preservativo, eu quero ter opções, então isso é ter autonomia (...) Eu decido de que forma eu vou me prevenir, só quero que me deem as condições pra eu poder exercer esse direito.” (Part. 19, médica Epidemiologista)

“Acho que essas questões estão ligadas a autonomia dos sujeitos, acho que é imprescindível a gente prestar atenção na autonomia dessas pessoas e de como elas querem, de perguntar pra elas, como elas querem se prevenir.” (Part.01, Psicólogo)

Contudo, os profissionais com intenção condicional e negativa questionam que essa autonomia não deve ser algo imposto, ou seja, não cabe ao governo impor quem deve fazer uso dessa estratégia de prevenção, mas, deve-se a uma escolha, cabendo ao sujeito decidir se é uma proposta de prevenção interessante para si, ou não, independente de fazer parte de grupos chaves.

“Existem grupos específicos e pessoas específicas que não necessariamente pertencem a um grupo, mas que podem ver na PrEP uma necessidade de prevenção(...) eu acho que é importante a gente ter é a opção e ela gerenciar a sua própria saúde, ela ser empoderada de informações que permitam a ela escolher e na verdade saber qual caminho ela vai usar pra se proteger se eu mostrar pra ela, se eu indicar pra ela a PrEP eu vou ta escolhendo por ela, eu acho que a idéia não pode ser assim , a pessoa tem que ter autonomia sobre sua saúde.” (Part. 11, Psicólogo)

“Esqueceram de ouvir o que as pessoas querem de prevenção, me parece que é uma coisa extremamente verticalizada do ministério, e ele não ouviu ninguém(...) tem a questão da autonomia das pessoas, porque é como se ela não tivesse autonomia dos corpos, é como se essa pessoa não tivesse autonomia também de ter o risco, que é um desejo também e autonomia delas de não usar preservativo e a gente precisa respeitar” (Part.01, Psicólogo)

A partir da fala dos profissionais sobre a autonomia e não imposição da PrEP, surgiu a categoria *Paradigma biomédico*, na qual, destaca-se que, apesar de avanços inegáveis na terapêutica, a resposta à epidemia tem sido marcada por uma percepção cada vez mais biomédica da doença.

4.2.2.1.5- Paradigma Biomédico

O aumento da biomedicalização na epidemia do HIV/Aids, e a falta de mobilização da sociedade em âmbito global, que anteriormente impulsionavam as respostas sociais, têm gerado efeitos danosos ao enfrentamento da Aids.(ABIA, 2016) Segundo a ABIA (2016), aqueles indivíduos que convivem com o HIV/Aids, ou podem vir a se infectar, tem sido vistos como “consumidores individuais de medicamentos”, havendo uma diminuição das estratégias sociais e centrando-se apenas no ponto de vista biomédico.

Isso pôde ser observado na 20ª Conferência Internacional de AIDS em que os pesquisadores e estudiosos do campo denotaram maior preocupação em abordar os avanços biomédicos para tratamento e prevenção em detrimento dos determinantes políticos e jurídicos que dificultam avanços reais que possam ser materializados. (ABIA, 2014)

Partindo destes pressupostos, temos a subcategoria *Medicalização da vida*, com discursos apenas dos profissionais que intencionam negativamente sobre a PrEP, conforme se pode observar abaixo:

“Porque acaba que a gente vai estar sempre num processo de medicalização da vida, eu entendo que a PrEP vai ser essa medicalização, e acaba que o enfrentamento da epidemia só está sendo com esse viés biomédico de medicalizar os indivíduos e não usa outras estratégias que alcancem a dimensão social, que acaba que a gente só focaliza só a medicação, investimento, farmacêutica, e tudo isso tem uma repercussão, né.” (Part.40, Assistentesocial)

“A questão ousada, é como se fosse um começo da erradicação da epidemia, sabe, vai ter a PrEP, então as pessoas vão menos se infectar, vai ser menos casos, e eu não acho que é só por essa via que a gente vai ter impacto na saúde com menos casos, por isso que eu acho muito ousado, por que não é só nessa dimensão epidemiológica,

tem que ver uma dimensão social também atrelado, elas tem que andar juntas” (Part.61, assistente social)

Nos estudos clínicos sobre PrEP, alguns autores (Grant et al, 2010; Young & McDaid, 2014) afirmam que a PrEP causará um impacto positivo, uma vez que pessoas mais vulneráveis entram em contato com o vírus e o fármaco impediria a infecção, no entanto, não podem ser vista de maneira individualizada. Conforme a ABIA (2016) o que se vê no atual cenário brasileiro consolida o argumento de que as respostas biomédicas não substituem as respostas sociais, mas devem andar juntas. O uso de medicamentos como modo privilegiado de enfrentamento da epidemia pode cobrir uma serie de retrocessos no âmbito social, o que em muitos países, estão transformando o hipotético “*scale-up*” (ampliação) para conter o avanço do HIV em “*scale-down*” (diminuição gradativa). (ABIA, 2016)

Os participantes ainda questionaram o poder biomédico, no que diz respeito ao profissional de saúde muitas vezes achar que a decisão dele é subsequentemente a decisão do paciente.

“Porque me parece que a PrEP vem no sentido de achar que o cuidado tem que ser com minha lógica higienista, (...) onde ele vai ter que tomar medicamento pra não ter aquela patologia, ou seja, como se eu mandasse no desejo do outro, e esse desejo não fosse levado em consideração.” (Part.01, Psicólogo)

“A gente sabe que fez prevenção durante 30 anos, né, todo esse processo educativo em cima do HIV, mas não tá surtindo resultado. Vai chegar um ponto que a medicação vai ser mais uma alternativa de prevenção pra ver se controla um pouco o desenvolvimento da epidemia.” (Part.58, Assistente social)

Tal poder biomédico pode levar muitas vezes esse profissional a uma frustração no que diz respeito à prevenção e a sua atuação, uma vez, que infringe a autonomia dos indivíduos, visto anteriormente.

“Os profissionais de saúde se sentem meio frustrados, que falam ah tem que usar preservativo, tem que usar preservativo, tem que usar preservativo, e de repente ele faz tantos discursos, tanto aconselhamento e a pessoa não usa o preservativo, dá uma sensação de frustração pro profissional de saúde sabe, parece que ele não conseguiu chegar no objetivo dele”. **(Part.23, Médico).**

4.2.2.1.6- Consequências da PrEP

Por fim, como última categoria que versa sobre as crenças dos profissionais acerca da PrEP, tem-se as consequências que a sua utilização pode acarretar, uma vez, que são medicamentos de alta potência, e como qualquer outro fármaco possuem efeitos secundários. Surge então a subcategoria *efeitos colaterais*, que foi anunciada pelos três grupos de profissionais, embora, com diferentes perspectivas.

Os profissionais em geral ressaltam que há, sim, efeitos colaterais decorrentes do uso de medicamentos antirretrovirais, não obstante, entre os profissionais com intenção positiva, verifica-se que apesar da existência de tais efeitos, o profissional insiste que o paciente não poderá desistir de utilizar a PrEP, por vezes expressam a vontade de parar o uso de antirretroviral, no entanto devem continuar, conforme visto abaixo:

“Sim, os antirretrovirais tem efeitos colaterais: detenção abdominal, dor, astenia, diarreia, lipodistrofia, então algumas pessoas quando experimentam os sintomas, desejam deixar os medicamentos, mas tem de continuar.” **(Part.45, Médico)**

Já para os demais profissionais, tanto com intenção condicional e negativa, os efeitos colaterais é um fator que deve ser visto com cuidado, uma vez, que ainda estão em estudos o uso de PrEP intermitente, e atualmente seu uso deve ser diário, para obter os resultados de prevenção esperados. Dessa forma, alguns veem como desnecessário seu uso.

“Eu não acho que seja necessário, por que você ainda não se expôs, não teve contato à exposição então você vai usar uma droga, que é uma droga muito forte que você vai usar. Eu já tive acidente perfuro cortante, e a droga não é boa pra você usar antes, tem vários efeitos colaterais, não é bom, você vai prejudicar seu organismo sem necessidade.” (Part.17, Enfermeiro)

“Sobrecarregar meu fígado de graça, com antirretrovirais que por mais que digam, que é o que querem vender, o Truvada, que não tem nenhum efeito, né, tóxico e tal, mas a gente sabe que os antirretrovirais tem efeitos colaterais. Então assim, no meu ver tomar uma medicação sem necessidade eu prefiro usar o preservativo do que tomar essa medicação.” (Part.42, Educador)

Também é levantado o questionamento acerca dos efeitos futuros que os antirretrovirais podem causar nesse indivíduo, uma vez que é sabido que quando não se toma corretamente os medicamentos algumas cepas do vírus HIV podem desenvolver resistência ao fármaco utilizado e a outros da mesma classe cessando seu efeito. (Alcorn et al, 2013)

“Quem me garante que lá na frente essa medicação não vai causar algum dano? Quando houve o advento da pílula anticoncepcional as pessoas não esperavam que lá na frente algumas pudessem desenvolver cistos, eu mesma tive cistos decorrente de anticoncepcional, sabe. Eu acho arriscadíssimo, por que são

antirretrovirais, pergunta a qualquer um que toma aqui se eles gostam de tomar, ninguém gosta, na verdade ninguém gosta de tomar remédio por si só, seja antirretroviral ou antibiótico por tantos dias, ninguém gosta e até erra, esquece, né.” (Part.57, Psicólogo)

“É saber o que pode causar eu tomar essa medicação pro meu organismo futuramente, por que toda medicação tem seus pro e seus contra, porque ele vai tomar uma medicação pra se prevenir de uma possível contaminação, o quê que pode vir causar depois, na vida dele mais tarde.” (Part.59, Psicólogo)

Em decorrência destes possíveis efeitos colaterais e agravantes, e entendendo que cada um tem sua autonomia em escolher utilizar ou não a PrEP, todos os profissionais falam acerca dos cuidados na sua utilização, constituindo a subcategoria *Cuidados no uso*.

Entre os profissionais de saúde com intenção positiva com relação à PrEP, fica evidenciado na fala dos profissionais a necessidade de cuidado que as pessoas com maior vulnerabilidade devem ter, os denominados grupos chaves, ao tomar a medicação, uma vez que optam por uma “liberdade”, em suas práticas sexuais.

“Eu tenho que ter o cuidado de saber que essa liberdade ela pode ter algumas consequências se eu não tiver tomado algum cuidado. Então o cuidado é saber que previamente eu vou tá tomando os medicamentos, no horário correto, seguindo as orientações adequadas pra que de fato seja mais eficaz o resultado.” (Part.26, Enfermeiro)

Também é evidenciada a questão da responsabilidade com relação ao uso da medicação, para que sejam tomados os devidos cuidados e evitar possíveis complicações.

“Responsabilidade justamente por que é preciso. As pessoas tem uma ideia um pouco errada em relação à PREP por que ela envolve

muitas responsabilidade, você tem que tomar os remédios, ela tem efeitos colaterais importantes, não são fáceis de serem tomados, então umas vez que a pessoa, ela assuma esse compromisso, ela tem que fazer a terapia, ela tem de manter esse compromisso, que é uma proteção pra ela e para as outras pessoas também.” (Part.24, educador-Gestão)

Entre os profissionais com intenção condicional, fala-se de um cuidado face às pessoas a quem será dirigida a PrEP.

“Avaliar quais seriam os casos que seriam interessantes a gente tá utilizando para não usar de uma forma muito comum e muito frequente (...) não sei se todas as pessoas que comessem a utilizar PrEP , utilizariam da forma correta com comprometimento de tá fazendo a coisa certa do inicio ao fim.” (Part.65, Médico)

Já os profissionais com intenção negativa abordam o cuidado como uma forma de acolhimento às pessoas que optarem por fazer uso de PrEP, mesmo em vista de todas as crenças contrárias a sua utilização, estes profissionais falam da necessidade do amparo psicológico e social, para que a medida preventiva seja utilizada da melhor forma possível.

“Teria que ter um controle muito grande, é valido, mas deveria ter um controle, não é qualquer um que vai chegar e tomar, eu fiz isso, isso e isso e vou, você tomou hoje, ai você tomou num outro dia, ai começa a se tornar uma rotina e você tem que dar um outro tipo amparo a essa pessoa, seja psicológico, seja social , um amparo multidisciplinar, pra não haver um descontrole”. (Part.37, Enfermeiro)

4.2.2.2 IMPLANTAÇÃO DA PREP NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com vistas a responder o quarto objetivo específico desse estudo, nesta classe temática, os profissionais de saúde centraram-se em questões mais práticas em relação à PrEP, em termos de organização e estratégias necessárias para a sua utilização nos serviços, bem como, possíveis obstáculos que podem enfrentar na implementação desta medida profilática.

4.2.2.2.1- Qualificação

A qualificação dos profissionais para identificar e atender as necessidades da população acerca das IST/Aids é uma questão de suma importância para a implantação de PrEP nos serviços. Assim, os profissionais apontam que a PrEP estabelecerá um desafio no âmbito da prevenção, sinalizando para a necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais, para atuarem com essa medida. Desse modo, surge a subcategoria *Falta de capacitação*, na qual os profissionais alegam que sendo a PrEP uma política de prevenção com vistas a ser implantada ainda no corrente ano, é inexistente a capacitação neste âmbito, causando desconforto aos profissionais que terão que operacionalizá-la. Tal discurso é perpassado por todos os profissionais, independente da intenção de indicar a PrEP. Conforme se observa abaixo, segundo um profissional com intenção positiva:

“(...) Como é que a gente faz, como é que a gente utiliza né, tem os problemas dos protocolos, normativas, tem o público que deve ser utilizada, beleza, né. Mas de fato, como a gente opera ela?”
(Part.03,Psicologo)

De igual modo, um profissional com intenção negativa afirma,

“Até agora não tivemos nenhuma capacitação nessa linha, houve

apenas uma reunião com todos profissionais da necessidade de implantação da PEP e expandir urgentemente dentro de Joao Pessoa, porque o Clementino Fraga está sobrecarregado, a SAE do HU atende gestantes e criança, e nosso serviço aqui já possui uma estrutura razoável de profissionais pra absorver esse serviço.”

(Part.58, Assistente social)

Nesta fala pode-se observar que mesmo a Profilaxia de Pós-exposição (PEP), implantada deste 2010 no Brasil, ainda há poucas capacitações, conforme o participante afirma, houve apenas uma reunião para de fato utilizarem a PEP nos serviços, algo que de acordo com o Ministério da Saúde já estava sendo amplamente utilizado. Desse modo, vê-se uma inversão, na qual, em vez de capacitar os profissionais para depois implantar no serviço, ocorre o contrário, denotando ações verticalizadas, onde os profissionais de saúde que atuam nos serviços especializados não estão sendo considerados, podendo prejudicar sua eficácia.

A falta de capacitação juntamente com a implementação já em vistas, gera nestes profissionais uma série de dúvidas.

“Tem que ver os prós e o contras, como é que os antirretrovirais vão funcionar diante de uma pessoa que não tem a necessidade de tomar, não é um HIV positivo (...). Como é depois, caso precise... quanto tempo vai levar?” (Part.60, Psicólogo)

Tal fala corrobora com os achados de Calabrese et al. (2016) em que os profissionais apresentam duvidas e desconforto ao expor indivíduos saudáveis a potenciais efeitos colaterais dos medicamentos, quando outras opções de prevenção estão disponíveis, constituindo-se como uma barreira a sua implantação.

Observou-se ainda, que decorrente da falta de capacitação nesta linha de cuidado, os profissionais, em especial os de intenção condicional, demonstraram certa dúvida em relação a sua qualificação como profissional para atuar diante deste novo modelo de prevenção, como também a responsabilidade que lhe são imputadas, tendo em vista a dificuldade no acesso à qualificação necessária.

“Quando eu falo essa questão do acesso é dessa dificuldade que a gente tem no acesso a qualificação dos profissionais (...) eu acho que a gente ainda tem um número muito pequeno de profissionais que se sentem confortáveis de trabalhar com as questões do HIV, então a gente teria que ter em mente uma qualificação dos profissionais pra trabalhar com PrEP, para que possa fortalecer a prevenção para que possa se fazer o uso.” (Part.64, Assistente social)

Eu acho que nós, profissionais de saúde, temos essa responsabilidade mais do que nunca, eu acho que é uma questão delicada pra gente se apropriar dela e poder se utilizar desse recurso de uma maneira bem adequada, isso vai tá na nossa responsabilidade tanto quanto das pessoas que vão tomar.”

(Part.36, Médico)

Dessa forma, verifica-se a necessidade de uma organização dos serviços para receber essa política de prevenção. Conforme é ressaltado na categoria Organização.

4.2.2.2.2- Organização

Nesta categoria, apenas os profissionais com intenção condicional e negativa expressaram questionamentos acerca da organização dos serviços e obstáculos presentes que podem inviabilizar a implantação de PrEP. A subcategoria *Estrutura dos serviços* versa

sobre as dificuldades de acesso para algumas populações, as condições em que o serviço está para receber essa política, tendo em vista, ser um serviço destinado a pessoas que já convivem com o HIV/Aids.

“Como se daria esse acesso da população a PrEP? As dificuldades dos pacientes que eu acompanho eles...são de uma região que atravessam a cidade, mudam de cidade para acompanhamento, e a gente sabe que dificulta a adesão, já tem dificuldade pro paciente que é soropositivo eu fico imaginando pra o companheiro ou companheira que é soro discordante né.” (Part.64, Assistente social)

Tal fala traz à tona questões relacionadas a uma vulnerabilidade programática, de como os serviços prestaram atendimento a uma gama de pessoas que vivem em locais distantes, como por exemplo, populações rurais, que muitas vezes se deslocam de suas cidades para fazer o tratamento quando já há o vírus instalado, então, como seria para pessoas não infectadas. Levantado o questionamento sobre a real viabilidade do uso de PrEP como um tratamento eficaz para estas populações.

Também é questionado como se dará a receptividade a este usuário, uma vez que o acesso pode ser limitado, tanto por questões relacionadas ao próprio estigma com pessoas que convivem com o vírus, como pelas informações prestadas ainda estarem num nível muito superficial.

“Eu fico na dúvida de como ela vai chegar, o debate fica muito nos profissionais de saúde, e quando chega na população já chega assim muito pronto, não chega a ter uma conscientização, acaba que a conscientização e a informação fica só nos profissionais de saúde, e olhe lá, por que nem os profissionais de saúde tem essa capacitação certa pra depois passar.” (Part.40, Assistente social)

Frente as tais questões enunciadas, outro ponto importante a se destacar são os *Custos para implementação*, que se constitui como a segunda subcategoria. Nesta estão presente apenas discursos dos profissionais com intenção negativa, os profissionais com intenção positiva e condicional não expressaram discursos que se remetessem aos custos.

Deste modo, tais profissionais apontaram que a PrEP implicaria gastos onerosos aos fundos públicos, que poderiam ser melhor distribuídos ao se investir em métodos preventivos mais rentáveis e que já se sabe que é efetivo.

“Eu acho que o governo poderia tá vendo outras políticas, eu sei que já há a política de redução de danos pra as drogas injetáveis, tem a camisinha também na redução pro HIV, mas você tá incentivando uma situação, que ate que se prove o contrário, alguns estudos aprofundados, você não sabe se vai ser menos oneroso ou mais oneroso pro estado estar incentivando essa PrEP.”

(Part.48,Enfermeiro)

Tal dado vai ao encontro ao que profissionais de saúde relataram no estudo de Calabrese et al.(2016) acerca da incerteza sobre a cobertura financeira e reembolso de custos relacionados com a PrEP, uma vez que nos EUA a PrEP está disponibilizada através de seguradoras de saúde, os profissionais relataram que é um desafio conseguir a autorização dos planos, pois eles apontam a PrEP como absurdamente onerosa, além dos os custos adicionais como testes de laboratório e visitas periódicas ao médico.

Outra questão apontada pelos profissionais diz respeito a preocupações bioéticas e de saúde sobre a distribuição de medicamentos antirretrovirais para as populações aparentemente saudáveis como forma de prevenção do HIV, quando milhões de pessoas HIV positivas ainda não têm acesso aos ARVs globalmente. Conforme estudo realizado

por Liu et al. (2014) no qual verificou-se o estigma no uso de PrEP sofrido por HSHs (Homens que fazem sexo com Homens) por profissionais de saúde e pares dos HSHs, uma das razões foi por uso de PrEP ser visto como um desvio de recursos pra pessoas HIV positivas, que realmente precisam da medicação.

“A gente pensa na questão dos custos, a gente sabe que medicamento para o tratamento de HIV é caríssimo, né, e assim enquanto não aparecer a cura que também é bastante difícil, os medicamentos vão permanecer, vão continuar existindo, aí a PrEP você iria prevenir pra que uma nova pessoa não se contaminasse né(...) mas não é como se fosse uma vacina, pra que você não se contamine, vai ter que tomar aquele medicamento, mas como vai ser o uso? Indiscriminado? como vai ser o financiamento desse medicamento? Entendeu, por que a gente sabe que tem as limitações tem estado que tá faltando TARV, aí tem dinheiro pra ter PrEP? Já tá faltando pra quem tem, aí vai vim de onde dinheiro pra quem não tem? pra prevenção(...) aí fico pensando meu daqui que exista a PrEP e que as pessoas venham saber e que exista financiamento pra isso, eu acho que é longínquo.” (Part.33, Psicólogo)

4.2.2.2.3- Estratégias para Implementação

Tendo em vista os avanços em HIV/Aids, desenvolver estratégias de implementação com base na educação e informações tornam-se ferramentas fundamentais para a eficácia real desta medida, a qual deve objetivar a promoção da saúde em HIV/AIDS e não apenas a prevenção da doença, permeando tanto as práticas desenvolvidas pelos profissionais como no processo de cuidado. Assim, dentre as estratégias para implementação que os profissionais de saúde citam estão à *informação* e a *Educação em saúde*, constituídas como subcategorias. Ressalta-se que entre as estratégias elencadas, só houve os posicionamentos

dos profissionais com intenção condicional e negativa, não havendo nenhuma enunciação dos profissionais que intenciona positivamente.

Desse modo, na subcategoria *informação* pode-se observar uma preocupação destes profissionais no tocante a grande desinformação sobre o vírus e formas de se contaminação, algo que apesar de aparentemente já ser sabido, incute muitas dúvidas nas pessoas, gerando medo e muitas vezes o estigma em relação as pessoas que vivem com o vírus. Assim, conforme o discurso a seguir, percebe-se que a desinformação acerca de práticas tão simples que não levam a uma contaminação podem repercutir substancialmente na utilização da PrEP.

“É preciso muita informação, mas mesmo assim, com informação tem gente que hoje em dia ainda acha que abraçar ou sentar na mesma cadeira pega Aids, quem dirá ver que você está tomando remédio pra Aids, né.” (Part.57, Psicólogo)

Também é questionado pelos participantes o que a falta de informações reais acerca da infecção podem gerar, a qual pode levar as pessoas tanto a se contaminarem, como repassar esse vírus a outros, simplesmente por não saber da existência dos centros de testagens, de como a doença se prolifera, entre outros. Conforme levanta um profissional que possui intenção negativa frente a PrEP.

“A desinformação é a pior das doenças (...) se você não tem a informação da doença, da transmissão, a forma como ela se comporta, e que se você levar uma furada de agulha, se você compartilhar materiais cortante, perfurante, você pode pegar umas doenças dessas transmissíveis aí e... então se você não souber disso, você não sabe o quadro clínico de uma doença que você não sabe o que ela vai traduzir no futuro(...) a pior parte desse processo todo é

justamente o você não saber, se você não sabe você não teme, então acaba transmitindo a infecção, justamente por não saber que ela tá aí.” (Part.63, Médico)

Estudo realizado por Galindo et al. (2012) com HSHs e transexuais na Califórnia verificou que apesar dos participantes relatarem interesse em usar a PrEP, eram incipientes o conhecimento que possuem sobre a mesma e relatavam dados controversos sobre a PrEP, indicando um desconhecimento. Semelhantemente, Krakower et al. (2012) também verificou que mesmo após a divulgação dos dados do estudo Iprex, o conhecimento de PrEP entre os usuários foi limitado, e a utilização posterior ao estudo foi rara, apesar do fato de HSHs que relataram comportamentos de alto risco terem apresentado interesse em utilizar.

Desse modo, fica posta a importância da *educação em saúde*, a qual possui papel de grande relevância no Programa nacional de IST/Aids ao buscar promover o processo de cuidado e a promoção da saúde se voltando para a resolução conjunta dos problemas em saúde. De acordo com Guedes (2009) o conceito de Educação em Saúde, diz respeito à capacitação dos grupos para resolução das questões pertinentes ao processo saúde-doença, se colocando para além da aquisição de informações, pressupondo o fortalecimento da autonomia e vivência da saúde enquanto um direito. Como se observa no discurso de um profissional de saúde com intenção condicional abaixo:

“A informação aliada ao preservativo, é uma das formas mais importantes de você combater, tem até uma frase bem antiga que fala “a educação é uma forma poderosa contra a Aids” né, a informações e a educação. Então se aliar tudo isso ao preservativo, eu acho que as coisas melhoram.” (Part.20, Assistente social)

Conforme aponta a ABIA (2016) a ênfase das atuais políticas de HIV/Aids estão centradas principalmente nos tratamentos medicamentosos como prevenção, não sendo disponibilizado o financiamento para atividades de educação em saúde ou redução da discriminação, mas tão somente para o tratamento, confundindo a cura da AIDS com a eliminação do vírus ou o bloqueio de sua replicação.

Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999) nas práticas de intervenção educativa devem ser trabalhados os aspectos pertinentes às atitudes, valores e crenças em relação as IST/Aids relacionando-os à segurança e à conscientização sobre os fatores de risco da população para o HIV sendo considerado, suas características regionais e particulares do seu cotidiano.

Isto posto, os profissionais de saúde levantam questionamentos acerca da falta de conscientização da população, que apesar de campanhas que incentivam a prevenção, ainda são incipientes como método de redução da vulnerabilidade, não levando a uma verdadeira mudança de atitude frente à prevenção.

“Uma forma de a gente combater o vírus é pensar em políticas públicas em educação e prevenção. E uma das formas de você reduzir a vulnerabilidade é você refletir mais e mudar de atitude, por que na realidade pensando bem, a gente tem a educação, a informação todo mundo sabe as formas de prevenção, mas a gente tem que mudar a atitude com relação a isso.” (Part.20, Assistente social)

De igual modo, profissionais com intenção negativa relatam que o investimento numa educação em saúde de qualidade, seria mais viável e alcançaria resultados mais rentáveis que a criação de uma prevenção de base medicamentosa, uma vez, que os indivíduos não se colocariam em exposição à infecção.

“Não adianta eu ter a medicação e a comunidade não saber do risco da responsabilidade da medicação.” (Part.37, Enfermeiro)

“Eu acho que em algumas situações permeia a falta de educação em saúde, ou a baixa educação em saúde das pessoas que se expõe a alguns riscos então talvez trabalhar com melhores estratégias de educação em saúde você não precise lançar mão de uma profilaxia medicamentosa, entende, você não precisa expor o indivíduo a uma coquetel de 30 dias a drogas extremamente hepatotóxicas, com uma serie de complicações que as medicações podem ter pensando que se você trabalha com educação em saúde você vai evitar que essa exposição aconteça.” (Part.06, Enfermeiro)

CAPITULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são incipientes os estudos voltados para a temática da PrEP tendo em vista a perspectiva dos profissionais de saúde, principalmente no Brasil, onde estudos dessa natureza estão praticamente ausentes. Apesar do uso da PrEP entre as populações chaves ainda está em desenvolvimento, observa-se que o que prevalece é apenas o viés biomédico, medicamentoso, esquecendo-se as implicações sociais desta medida.

Esta pesquisa ao se propor analisar as atitudes, crenças e intenções dos profissionais de saúde frente à PrEP, pôde verificar que embora grande parte dos profissionais participantes tenham afirmado intenção de prescrever a PrEP, atitudes conflitantes parecem evidentes, na qual, a maioria ou apresenta intenção negativa ou ainda tem dúvidas quanto aos efeitos benéficos, tornando-os reticentes à prescrição e a utilização pelas populações- chave. Outros profissionais ainda afirmaram nunca terem ouvido falar acerca da PrEP, sendo alguns destes ligados à gestão de coordenações de HIV/Aids, o que se mostrou discrepante, contrastando com os dados referentes aos que possuíam intenção positiva, no qual maioria tinha como campo de atuação a gestão em HIV/Aids.

Ainda se mostrou evidente as implicações sociais que a PrEP pode retomar, e que foram tão combatidas durante esses anos de resposta a epidemia, como o estigma e o preconceito, mostrando que ao mesmo tempo que se constitui um avanço tecnológico, também aponta para um retrocesso social.

Tais dados são, assim, preocupantes, tendo em vista não apenas a implementação desta política de prevenção prevista para o corrente ano, como também as ações institucionalizadoras e verticalizadas impostas pelos órgãos superiores, sem levar

em consideração o olhar dos profissionais de saúde o que pode prejudicar sua eficácia. Assim, é de fundamental importância a educação em saúde, como forma de criar um ambiente com melhor qualidade de atendimento, tanto para os profissionais quanto ao usuário, como atores principais para a efetivação desta medida profilática.

Esse estudo obteve êxito ao alcançar o proposto em seus objetivos, no entanto, apresentou limitações que são intrínsecas a todas as pesquisas com seres humanos. Por ser uma amostra de difícil acesso, uma vez que os profissionais estavam em seu ambiente de trabalho e/ou em evento científico, o N amostral não pôde atingir uma distribuição equitativa em todas as regiões, sendo em sua maioria profissionais da região Nordeste. No entanto, tal limitação não afetou diretamente o estudo, haja vista que as crenças dos profissionais, independente da região, coadunaram a um ponto em comum, se diferenciando por outras variáveis (profissão, tempo de atuação) e não pela região onde atuavam.

O desconhecimento total acerca da PrEP que alguns profissionais apontaram apesar de se compor como uma limitação, uma vez que um dos objetivos se propunha a identificar a intenção dos mesmos, se constituiu como um dado de especial relevância. Ficando posto que as capacitações permanentes dos profissionais em sua área de atuação está em déficit, sendo observado que mesmo medidas preventivas anteriores e já em vigência (como por exemplo, a PEP) ainda não foram totalmente incorporadas no seus cotidianos de trabalho seja por falta ou ausência de capacitação adequada.

Não se pode negar que a PrEP é uma medida de importante relevância científica, no entanto, está longe de “curar” ou tornar preventiva a epidemia social em que a contaminação pelo HIV/Aids ainda está imerso, e na qual vem sendo reafirmada ao longo dos anos. Para além da prevenção do corpo que pode vir a adoecer, é preciso

compreender que existe um ser humano, que por diversas vezes não é ouvido, sendo apenas medicado ou muitas vezes culpabilizado por se expor a uma doença até então incurável. Vista sob essa ótica, a PrEP não parece que irá obter resultados tão satisfatórios na estratégia de prevenção, haja vista que os aspectos físicos (devido os efeitos a longo prazo ainda serem desconhecidos) tampouco o psicológico/social estarem tendo atenção especial que deveriam ter neste processo.

Ainda há várias lacunas a serem estudadas a cerca do impacto que a PrEP irá causar, em especial, para a população a qual esta sendo indicada. Desse modo, sugerem-se estudos futuros que demonstrem a ótica dos usuários para os quais essa medida profilática será utilizada, como também, os profissionais da atenção básica, tendo em vista a possível descentralização das ações em HIV/Aids para estes serviços.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de Aids (2015) *Uso da PrEP vai ganhando aceitação*. Recuperado de: http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/23317

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Albuquerque, J.R. (2014) *“Até que a morte nos separe”*: O Casamento Sorodiferente Para o HIV/Aids e seus desdobramentos. (dissertação de mestrado) Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa.

Alcorn,K., Corkery, S. & Hughson, G. (2013) Medicamentos Antirretrovirais. *Pan London HIV Prevention Programme*, (2).Recuperado de: http://www.aidsmap.com/v634746748190000000/file/1004326/Anti_HIV_drugs_Portuguese.pdf

Álvaro, J. L., & Garrido. A. (2007). *Psicologia social: Perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.

Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

Ayres, J. R., Paiva, V., & França-Jr, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá.

Arnold, Hazelton, Lane, Christopoulos, Galindo, Steward, Morin (2012) A Qualitative Study of Provider Thoughts on Implementing Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) in Clinical Settings to Prevent HIV Infection. *PLoS One* 7(7), 1-8.

Associação brasileira interdisciplina Aids-ABIA (2014) *Para onde vamos? O acesso à testagem e ao tratamento no Brasil*. Rio de Janeiro-RJ. Recuperado de: http://www.abiaids.org.br/_img/media/boletimAbia_59.pdf

Associação brasileira interdisciplina Aids-ABIA (2016) *Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Recuperado de: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf

Atanázio, E.A.S.(2012) *Dinâmica das relações Afetivas: crenças e implicações para a vulnerabilidade a Aids*. (dissertação de mestrado) Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa.

Baeten, J. M., Haberer, J. E., Liu, A. Y., & Sista, N. (2013). Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: where have we been and where are we going?. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 63(02),122–129.

Baeten, J. M., & Grant, R. (2013). Use of antiretrovirals for HIV prevention: what do we know and what don't we know?. *Current HIV/AIDS Reports*,10(2), 142-151.

Barros, N. B., Guimarães, C. M., & de Sousa Borges, O. (2012). Políticas de Saúde e Prevenção ao Hiv/Aids no Brasil 1982-2012. *Estudos*, 39(4), 537-546.

Beloqui, J, Seffener, F. & Terto Jr. V.(2013) Pontos de tensão e tensão: Limites e possibilidades para a inovação da prevenção na quarta década da epidemia do HIV/AIDS. In Paiva, V., França Jr I., & Kalichman, A. O. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos prevenção e promoção da saúde: Planejar, Fazer, Avaliar. Livro IV*. Curitiba: Juruá.

Brasil, Ministério da Saúde. (2010) Adesão ao tratamento Antiretroviral no Brasil: Coletânea de estudos do projeto Atar. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de www.aids.gov.br/sites/default/files/atar-web.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2012) Informes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde. Recuperado de: www.aids.gov.br/sites/default/.../informe_cnaids_0002_pdf_26025.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Política brasileira de Enfrentamento da AIDS Resultados, avanços e perspectivas. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2015). Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde. Recuperado de: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf

Brasil, Departamento de DST AIDS e Hepatites virais. Grupo de Trabalho se reúne para debater possível política de PrEP. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/grupo-de-trabalho-se-reune-para-debater-possivel-politica-de-prep>

Cabral, T.R.P.(2014) *Intenção do Uso de Preservativo das Mulheres de João Pessoa: Aspectos Psicológicos e Sociais*. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Cáceres, C. F., Koechlin, F., Goicochea, P., Sow, P.-S., O'Reilly, K. R., Mayer, K. H., & Godfrey-Faussett, P. (2015). The promises and challenges of pre-exposure prophylaxis as part of the emerging paradigm of combination *HIV prevention*. *Journal of the International AIDS Society*, 18(3), 01-09.

Calabrese, S. K., Magnus, M., Mayer, K. H., Krakower, D. S., Eldahan, A. I., Hawkins, L. A. G., ... & Dovidio, J. F. (2016). Putting PrEP into Practice: Lessons Learned from Early-Adopting US Providers' Firsthand Experiences Providing HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Associated Care. *PloS one*, 11(6), 01-16.

Center Disease control-CDC (2014) Preexposure Prophylaxis For The Prevention Of Hiv Infection In The United States: A Clinical Practice Guideline. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/PrEPguidelines2014.pdf>

Cavazza, N. (2008) *Psicologia das atitudes e opiniões*. São Paulo: Loyola

Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., Leethochawalit, M., ... & Chuachoowong, R. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*, 381(9883), 2083-2090.

Coates, T. J., Richter, L., & Caceres, C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet*, 372(9639), 669-684.

Cohen, M. S., McCauley, M., & Gamble, T. R. (2012). HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 7(2), 99.

D'amorim, M. A. (2004). Teoria da Ação Racional. In: Dela Coleta, M. F. (Org). Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.

Dourado, I., Veras, M.A.S, Barreira, D., Brito, A.M.(2006) Tendências da epidemia de Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 40, pp.9-17

Diniz, A. R., Canhões, R., & Taveira, N. (2015). Profilaxia de pré-exposição da infecção por VIH. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 7(2), 91-109.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Elias, L.A., Bastos, F.I. (2011) Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4721-4730

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.

Fonseca A.F. (2005) Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Galea, J. T., Kinsler, J. J., Salazar, X., Lee, S. J., Giron, M., Sayles, J. N., ... & Cunningham, W. E. (2011). Acceptability of pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: barriers and facilitators to pre-exposure prophylaxis uptake among at-risk Peruvian populations. *International journal of STD & AIDS*, 22(5), 256-262.

Galindo, G. R., Ja'Nina, J. W., Hazelton, P., Lane, T., Steward, W. T., Morin, S. F., & Arnold, E. A. (2012). Community member perspectives from transgender women and men who have sex with men on pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: implications for implementation. *Implementation Science*, 7(1), 1-13.

García-Lerma, J. G., Otten, R. A., Qari, S. H., Jackson, E., Cong, M. E., Masciotra, S., ... & Lipscomb, J. (2008). Prevention of rectal SHIV transmission in macaques by daily or intermittent prophylaxis with emtricitabine and tenofovir. *PLoS Med*, 5(2), e28.

García- Lerma, J. G., Cong, M., Mitchell, J., Youngpairoj, A. S., Zheng, Q., Masciotra, S., Martin, A., Kuklenyik, Z., Holder, A., Lipscomb, J., Paul, C., Barr, J.R., Hanson, D.L., Otten, R., Paxton, L., Folks, T. N., Heneine W.(2010) Intermittent Prophylaxis with Oral Truvada Protects Macaques from Rectal SHIV Infection. *Science Translational Medicine*. 2(14), 14-4.

Gaym, U. (2006) Microbicides-emerging essential pillars of comprehensive HIV/AIDS prevention. *Ethiop. Med. J.* 44(4),405-15

Grupo de incentivo a vida- GIV(2016) A historia da camisinha. Recuperado de: <http://www.giv.org.br/index.php> Acesso: 20/07/2016

Grangeiro, A. (2013). Será possível o fim da epidemia de AIDS na quarta década?. In Paiva, V., França Jr I., & Kalichman, A. O. (Orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos prevenção e promoção da saúde: Planejar, Fazer, Avaliar. Livro IV*. Curitiba: Juruá.

Grangeiro,A.,Kuchenbecker,R., Veras,M.A. (2015) Novos métodos preventivos para o HIV: reconhecendo as fronteiras entre a autonomia dos indivíduos e as políticas públicas. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 18(01), 1-4.

Grant, R.M., Lama, J.R., Anderson P.L., McMahan, V., Liu, A.Y., Vargas, L. ... Glidden,D.V.(2010) Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *The New England Journal of Medicine*. 363, 2587-2599

Grant, R. M., & Koester, K. A. (2016). What people want from sex and preexposure prophylaxis. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 11(1), 3-9.

Golub, S.A., Kowalczyk, W., Weinberger, C.L. & Parsons, J.T. (2010) Preexposure Prophylaxis and Predicted Condom Use Among High-Risk Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 54 (5), 548-55.

Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton & Mahal (2008) Structural approaches to HIV prevention *The Lancet*, 372 (9640), 764–775.

Hallett TB, Alsallaq RA, Baeten JM, Weiss H, Celum C, Gray R, et al. (2011) Will circumcision provide even more protection from HIV to women and men? New estimates of the population impact of circumcision interventions. *Sex Transm Infect.* 87(2), 88-93.

Hogben & Liddon (2008) Disinhibition and risk compensation: scope, definitions, and perspective. *Sex Transm Dis.* 35(12), 1009-10

Karim, S. S. A., Kashuba, A. D., Werner, L., & Karim, Q. A. (2011). Drug concentrations after topical and oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis: implications for HIV prevention in women. *The Lancet*, 378(9787), 279.

Karim, Q. A., Karim, S. S. A., Frohlich, J. A., Grobler, A. C., Baxter, C., Mansoor, L. E., ... & Gengiah, T. N. (2010). Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *science*, 329(5996), 1168-1174

Kelesidis, T. & Landovitz, R.J. (2011) Preexposure Prophylaxis for HIV prevention. *Current HIV/AIDS Reports*, 8(2), 94-103.

King, H.L., Keller, S.B., Giancola, M.A., Rodriguez, D.A., Chau, J.J., Young, J.A., Pequeno S.J., & Smith, D.M. (2014) Pre-Exposure Prophylaxis Accessibility Research and Evaluation (PrEPARE Study) *AIDS and Behavior*, 18(9), 1722-1725.

Krakower, D. S., Mimiaga, M. J., Rosenberger, J. G., Novak, D. S., Mitty, J. A., White, J. M., & Mayer, K. H. (2012). Limited awareness and low immediate uptake of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men using an internet social networking site. *PloS one*, 7(3), 01-09.

Krakower, D.S., Oldenburg, C.E., Mitty, J.A., Wilson, I.B., Kurth, A.E., Maloney, K.M., Gallagher, D.M., Mayer E.H. (2015) Knowledge, Beliefs and Practices Regarding Antiretroviral Medications for HIV Prevention: Results from a Survey of Healthcare

Providers in New England. *PLoS One*, 10(7).

Krakower, D., & Mayer, K. H. (2013) Engaging Healthcare Providers to Implement HIV Pre-Exposure Prophylaxis. *Curr Opin HIV AIDS*. 7(6), 593–599.

Karris, M.Y., Beekmann, S.E., Mehta, S.R., Anderson, C.M., Polgreen, P.M.(2014) Are We Prepped for Preexposure Prophylaxis (PrEP)? Provider Opinions on the Real- World Use of PrEP in the United States and Canada. *Clin Infect Dis*. 58(5), 704–712.

Leite, G.S., Murray, L. & Lens, F. (2015) O par e o ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 18(1), 7-25

Liu, A., Cohen, S., Follansbee, S., Cohan, D., Sachdev, D. & Buchbinder, S.(2014) Early Experiences Implementing Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention in San Francisco. *PLoS Medicine*, 11(3)

Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). Prevenção. In: R. Parker (Eds.), *AIDS no mundo*, 163-175. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Maliska, I.C.A., Padilha M.I.C. Andrade S.R. (2015) AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. *Revista de enfermagem UERJ*, 23(1), 15-20.

Marrazzo, J. M., Ramjee, G., Richardson, B. A., Gomez, K., Mgodhi, N., Nair, G., ... & Hendrix, C. W. (2015). Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *New England Journal of Medicine*, 372(6), 509-518.

Mayer, K. H., & Beyrer, C. (2016). Antiretroviral chemoprophylaxis: PROUD and pragmatism. *The Lancet*, 387(10013), 6-7.

Maznavi, K., Hardy, D., & Bredeek, F. (2011). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV: an online survey of HIV healthcare providers evaluating their knowledge, perception, and prescription of PrEP. In Boston: *Infectious Diseases Society of America Annual Meeting*. Recuperado de:
<https://idsa.confex.com/idsa/2011/webprogram/Paper30959.html>

McCormack, S., Dunn, D.T., Desai, M., Dolling, D., Gafos, M. (2016) Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387(10013), 53–60.

Minayo, M. C. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (8ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Millett GA, Flores SA, Marks G, Reed JB, Herbst JH.(2008) Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*. 300(14),1674-84.

Molina, J.M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cotte, L., Charreau, I. ... Delfraissy, J.F. (2015) On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV- 1 Infection. *The New England Journal of Medicine*. 373(23),2237-2246.

Monteiro, J. F. A., Figueiredo, M. A. C. (2009). Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia*, 19(42), 67-76.

Microbicide Trials Network- MTN (2010) Phase 2B Safety and Effectiveness Study of Tenofovir 1% Gel, Tenofovir Disoproxil Fumarate Tablet and Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate Tablet for the Prevention of HIV Infection in Women. Recuperado de: <http://www.mtnstopshiv.org/studies/70>

Mugwanya KK, Donnell D, Celum C, Thomas KK, Ndase P, Mugo N, Katabira E, Ngunjiri K, Baeten JM, (2013)Sexual behaviour of heterosexual men and women receiving antiretroviral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: a longitudinal analysis. *Partners PrEP Equipe Estudo Lancet Infect Disease* 13 (12), 1021-8.

Nguyen V.K., Bajos N., Dubois-Arber F., O'Malley J., Pirkle C.M.(2011) Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS*. 25(3), 291–3.

O GLOBO (2016) SUS deve adotar uso preventivo de pílula anti-HIV para pessoas em risco. Notícia publicada em 20/07/2016. Autores: André Souza, Flávio Ilha e Márcia Abos. Recuperado de: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/07/sus-deve-adotar-uso->

preventivo-de-pilula-anti-hiv-para-pessoas-em-risco.html

Oliveira, A.C. (2008) Preservativo, SIDA e Saúde Pública: Factores que condicionam a adesão aos mecanismo de prevenção ao VIH/SIDA. Imprensa da *Universidade de Coimbra*.

OMS (2013) Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos Antirretrovirais para Tratamento e prevenção da infecção pelo VIH. Genebra. Disponível em: www.who.int/iris/bitstream/10665/85322/.../WHO_HIV_2013.7_por.pdf

OMS (2014) *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva.

Recuperado de:: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

OMS (2015) *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV*.

Parker R, Agleton P.(2001) Estigma, discriminação e AIDS, Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, 1.

Parker,R., Camargo jr K.R.(2000) Pobreza e hiv/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de saúde pública* 16, 89-102.

Pelucio, L. Miskolci, R. (2009) A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad. revista latino americana*, 125-157

Pinto, A. C. S., Pinheiro, P. N., Vieira, N. F., & Alves, M. D. S. (2007). Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *DST-J bras Doenças Sex Transm*, 19(1), 45- 50.

Polejack, L. (2015) Prevenção e Intervenções comportamentais: Avanços, Reflexões e Desafios. 10º Congresso de HIV/AIDS Novos horizontes, novas respostas. Joao Pessoa- PB.

Puro, V., Palummieri, A., De Carli, G., Piselli, P., & Ippolito, G. (2013). Attitude towards antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) prescription among HIV specialists. *BMC infectious diseases*, 13(1), 1.

Ribeiro, K. C. S. (2013). *Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DST's e*

gravidez não planejada para adolescentes jovens. (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Roazzi,A., Almeida, N.D.,Nascimento,A.M., Souza, B.C.,Souza,M.G.T.C.,Roazzi, M,M.(2014) Da Teoria da Ação Racional à Teoria da Ação Planejada: Modelos para explicar e prever o comportamento. *Revista AMAzônica*, 8(1), 175-208.

Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B. (2010). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.

Rosenberg, M.J., & Hovland, C.I. (1960). Cognitive Affective and Behavioral Components of Attitudes. In: Rosenberg, M.J & Hovland, C.I (orgs). *Attitude Organization and Change: Na Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven: Yale University Press.

Sadala M.L.A, Marques A.S(2006) Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* ,22(11),2369-78.

Sachdev, D. D., Stojanovski, K., Liu, A. Y., Buchbinder, S. P., & Macalino, G. E. (2014). Intentions to prescribe preexposure prophylaxis are associated with self-efficacy and normative beliefs. *Clinical Infectious Diseases*, 58(12), 1786-1787.

Saldanha, A.A.W. (1998) *Aspectos Psicossociais de Prevenção da AIDS em Mulheres de Baixa Renda: Entre o Querer e o Poder*.(Dissertação de mestrado) Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa.

Siegfried, N., Muller, M., Deeks, J. J., & Volmink, J. (2009) Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *The Cochrane Library*.

Schaurich, D.(2004) Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. *Revista contexto & saúde* editora unijuí, 115-127.

Senn,H., Wilton,J., Sharma, M., Fowler,S., Tan,D.(2013) Knowledge of and Opinions on HIV Preexposure Prophylaxis Among Front-Line Service Providers at Canadian AIDS Service Organizations. *AIDS Res Hum Retroviruses* 29 (9), 1183-1189.

Silva, S. F. R , Pereira, M. R.P., Neto, R.M., Ponte M.F. , Ribeiro, I. F., Costa, P.T.F. &

Silva,S.N. (2010) Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *RBAC*, 42(3), 209- 212

Silva, J. V. F., Nascimento Jr, F.J.M. & Rodrigues, A. P. R. (2014) Fatores De Não Adesão Ao Tratamento Antirretroviral: Desafio De Saúde Pública. *Cadernos de Graduação ciências biológicas e de saúde*. 2 (1),165-175.

Silva, M. R. B., Silva, L. A., Maturana, H. C. A., Silva, R. B., Santos, M. E., & Figueiredo Filho, V. (2016). Por Que Elas Não Usam?: Um Estudo Sobre A Não Adesão Das Adolescentes Aos Métodos Contraceptivos E Suas Repercussões. *Saúde em Redes*, 1(4), 75-83

Souza, B. M., Vasconcelos, C.C., Tenório, D. M., Lucena. G.A., & Holanda, M.G.A (2010) Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica, *Journal Manag Prim Health Care* (1),23-26.

Subbarao, S., Otten, R. A., Ramos, A., Kim, C., Jackson, E., Monsour, M., ... & Rendon, A. (2006). Chemoprophylaxis with tenofovir disoproxil fumarate provided partial protection against infection with simian human immunodeficiency virus in macaques given multiple virus challenges. *Journal of Infectious Diseases*, 194(7), 904-911.

Sugarman, J. & Mayer, K.H.(2013) Ethics and Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection. *Journal Acquir Immune Defic Syndr* 63(2), 135–139.

Tellalian, D., Maznavi, K., Bredeek, U. F., & Hardy, W. D. (2013). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV infection: results of a survey of HIV healthcare providers evaluating their knowledge, attitudes, and prescribing practices. *AIDS patient care and STDs*, 27(10), 553-559.

Thigpen, M. C., Kebaabetswe, P. M., Paxton, L. A., Smith, D. K., Rose, C. E., Segolodi, T. M., ... & Mutanhaurwa, R. (2012). Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *New England Journal of Medicine*, 367(5), 423-434.

Tobian AA, Kacker S, Quinn TC. (2014) Male circumcision: a globally relevant but under-utilized method for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections. *Annu Rev Med*. 65, 293-306.

Torres, C. & Neiva, E. R. (2011). *Psicologia Social: Principais temas e vertentes*. Porto Alegre, RS: ArtMed.

UNAIDS (2007) Novos dados sobre a circuncisão masculina e prevenção do HIV: implicações políticas e programas. Montreux.

UNAIDS (2013) Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic Geneva, Suíça.

UNAIDS(2015)Tratamento.Geneva. Recuperado de:
www.unaids.org/en/media/unaids/.../JC2484_treatment-2015_pt.pdf

Vala, J. & Monteiro, M.B. (2013). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Van Damme, L., Corneli, A., Ahmed, K., Agot, K., Lombaard, J., Kapiga, S., ... & Temu, L. (2012). Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *New England Journal of Medicine*, 367(5), 411-422.

Van Rompay, K. K., Schmidt, K. A., Lawson, J. R., Singh, R., Bischofberger, N., & Marthas, M. L. (2002). Topical administration of low-dose tenofovir disoproxil fumarate to protect infant macaques against multiple oral exposures of low doses of simian immunodeficiency virus. *Journal of Infectious Diseases*, 186(10), 1508-1513.

Van Rompay, K. K., Kearney, B. P., Sexton, J. J., Colón, R., Lawson, J. R., Blackwood, E. J., ... & Marthas, M. L. (2006). Evaluation of oral tenofovir disoproxil fumarate and topical tenofovir GS-7340 to protect infant macaques against repeated oral challenges with virulent simian immunodeficiency virus. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(1), 6-14.

Ware, NC, Wyatt, MA, Haberer, JE, Baeten, JM, Kintu, A., Psaros, C., ... Bangsberg, DR (2012). What's Love Got to Do With It? Explaining Adherence to Oral Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Serodiscordant Couples. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 59 (5).

Wilton,J., Senn,H., Sharma,M., & Tan, D.H.S. (2015) Pre-exposure prophylaxis for sexually-acquired HIV risk management: a review. *HIV/AIDS – Research and Palliative*

Care, 7, 125-136.

White, J. M., Mimiaga, M. J., Krakower, D. S., & Mayer, K. H. (2012). Evolution of Massachusetts physician attitudes, knowledge, and experience regarding the use of antiretrovirals for HIV prevention. *AIDS patient care and STDs*, 26(7), 395-405.

Young, I. & McDaid, (2014) How Acceptable are Antiretrovirals for the Prevention of Sexually Transmitted HIV?: A Review of Research on the Acceptability of Oral Pre-exposure Prophylaxis and Treatment as Prevention, *AIDS Behav* 18,195–216.

Zuque, M.A.S.(2011) Caracterização do atendimento multiprofissional a pessoas vivendo com HIV/AIDS em Três Lagoas (MS), com ênfase na adesão à terapia antirretroviral potente combinada.(*Mestrado em Doenças Tropicais*) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista,Botucatu.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal da Paraíba

Mestrado em Psicologia Social

Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção Da Saúde

Esta pesquisa intitula-se **“Atitudes Dos Profissionais De Saúde Frente à Profilaxia Pré Exposição ao HIV/Aids”**, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora mestranda Amanda Trajano Batista, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Mestrado) da Universidade Federal da Paraíba.

Estamos realizando esta pesquisa com profissionais de saúde que trabalham no âmbito do HIV/Aids, sendo nosso objetivo compreender as atitudes que possuem os profissionais de saúde diante da utilização da profilaxia pré exposição (PrEP). A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será aplicado um questionário biodemográfico com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos). Posteriormente, serão realizadas entrevistas com os mesmos indivíduos que se submeteram ao questionário, para compreendermos melhor suas crenças acerca do uso da PrEP. Após, os dados serão organizados e analisados pelo pesquisador, facilitando a discussão dos

resultados e as posteriores considerações.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica.

Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O pesquisador (a) responsável estará sempre monitorando a coleta dos dados, estando disponível para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pelo (a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXO II

QUESTIONÁRIO REFERENTE A QUESTÕES BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Idade:_____

2. Sexo:_____

3. Cidade que você reside:_____

4. Profissão:_____

5. Em qual contexto do HIV/Aids você trabalha:_____

6. Tempo de atuação:_____

ANEXO III

Entrevista de Evocação-Enunciação-Averiguação

1. Evocação: peço-lhe que, por favor, reflita durante dois minutos acerca da Profilaxia Pré-Exposição;
2. Enunciação: agora quero que você, a partir da sua reflexão, me fale as três principais palavras que merecem ser destacadas;
3. Averiguação: com base nas respostas dos participantes, explorar-se-á, ainda mais as suas respostas, em que são realizadas a verificação e discussão dos conteúdos enunciados pelos participantes.

Após a averiguação dos pontos que o participante trouxe como sendo relevantes, será perguntado: Você indicaria a utilização da Profilaxia Pré Exposição?

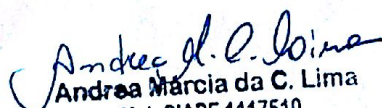


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 19/11/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ATTITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO”**, da pesquisa Amanda Trajano Batista. Prot. nº 0608/15. CAAE: 50756115.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB