

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ANA CARLA CAVALCANTI DE ANDRADE

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS A
ADESÃO E ACOMPANHAMENTO DO USO DA PROFILAXIA PÓS-
EXPOSIÇÃO SEXUAL PARA O HIV**

JOÃO PESSOA - PB
2018

ANA CARLA CAVALCANTI DE ANDRADE

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS A
ADESÃO E ACOMPANHAMENTO DO USO DA PROFILAXIA PÓS-
EXPOSIÇÃO SEXUAL PARA O HIV**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Faces e Interfaces da Epidemia do HIV e da aids na Paraíba.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Valéria Peixoto Bezerra.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A553f Andrade, Ana Carla Cavalcanti de.
Fatores Sociodemográficos e Clínicos Relacionados a
Adesão e Acompanhamento do Uso da Profilaxia
Pós-Exposição Sexual para o HIV / Ana Carla Cavalcanti
de Andrade. - João Pessoa, 2018.
60 f.

Orientação: Valéria Peixoto Bezerra.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. HIV; Profilaxia Pós-Exposição; Adesão. I. Valéria
Peixoto Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

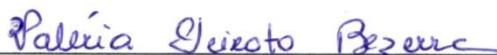
ANA CARLA CAVALCANTI DE ANDRADE

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS A
ADESÃO E ACOMPANHAMENTO DO USO DA PROFILAXIA PÓS-
EXPOSIÇÃO SEXUAL PARA O HIV**

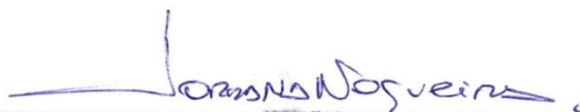
Dissertação de Mestrado Acadêmico
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, do Centro de Ciências da
Saúde, da Universidade Federal da Paraíba,
como requisito para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29 de Maio 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª. Valéria Peixoto Bezerra - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)



Prof.ª Dr.ª. Jordana de Almeida Nogueira – Membro interno
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)



Prof.ª Dr.ª. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal – Membro externo
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos meus pais, família e em especial, a minha avó paterna (*in memorian*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente Àquele que nunca deixou de me abençoar, corrigir, proteger e amar, Deus.

Aos meus amigos e ao meu namorado, que sempre torceram e me apoiaram ao longo da minha vida.

Aos docentes da Universidade Federal da Paraíba, que fizeram parte da minha trajetória de ensino e aprendizagem e a própria instituição de ensino por ter-me aberto portas.

À minha orientadora que me acolheu e buscou-me orientar pelos mais sábios caminhos.

À minha prezada banca composta pelas estimadas professoras, Jordana Almeida, Oriana Leadebal, Ana Cristina de Oliveira e Débora Raquel Soares, que foram imprescindíveis para o meu crescimento acadêmico.

Ao meu querido professor e estatístico da pesquisa, João Agnaldo do Nascimento.

A todos os funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Ao Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga pela oportunidade de desenvolver a minha pesquisa em seu âmbito.

A todos, meu sincero Muito Obrigada!

A Deus minha eterna gratidão, pois sem Ele nada disso seria possível. Seu renovo foi imprescindível para o meu sustento e coragem em seguir adiante e mais uma vez pude sentir seu direcionamento em minha vida.

Gratidão por mais um ciclo que se fecha.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	28
TABELA 2 - Medidas descritivas das variáveis clínico-laboratoriais de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	33
GRÁFICO 1 - Efeitos adversos da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV relatados pelos usuários de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017.....	39
GRÁFICO 2 - Comparativo entre usuários que iniciaram a Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV e os retornos às consultas subsequentes em um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n=201).....	40
TABELA 3 - Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas relacionadas com a razão de prevalência para a não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	42
TABELA 4 - Regressão logística binária para a variável dependente não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	44
GRÁFICO 3 - Razão de prevalência para a adesão e não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	45
FIGURA 1 - Análise de correspondência múltipla para as variáveis sociodemográficas de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde especializado em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCS: Centro de Ciências da Saúde
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CHCF: Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Doutor Clementino Fraga
CNS: Conselho Nacional de Saúde
ERD: Estratégia de Redução de Danos
GAPA: Grupo de Apoio à Prevenção à aids
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
IST's: Infecções Sexualmente Transmissíveis
NEP: Núcleo de Educação Permanente
ONG: Organização Não Governamental
PEP: Profilaxia Pós-Exposição
PrEP: Profilaxia Pré-Exposição
PVHA: Pessoas Vivendo com HIV/Aids
PVHIV: Pessoas Vivendo com HIV
Same: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTP: Tratamento para Todas as Pessoas
UFPB: Universidade Federal da Paraíba
UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

RESUMO

ANDRADE, Ana Carla Cavalcanti de. **Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados a adesão e acompanhamento do uso da Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV.** 2018. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

Introdução: A disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana ainda se configura como um problema de saúde pública e para a sua prevenção destaca-se a adesão à Profilaxia Pós-Exposição para o vírus. **Objetivo:** Analisar a adesão e o acompanhamento do uso da Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o Vírus da Imunodeficiência Humana, segundo os aspectos sociodemográficos e clínicos. **Método:** Estudo descritivo, de natureza quantitativa, utilizando fontes de dados secundários, realizado em um hospital de referência na Paraíba, com uma amostra de 201 prontuários de usuários que utilizaram a profilaxia, entre agosto de 2015 e dezembro de 2016. Os dados coletados foram registrados em formulário, digitados em planilha no Microsoft Office Excel 2003 e transportados para o programa SPSS versão 20.0, sendo analisados por meio da estatística descritiva, modelo de regressão logística e análise de correspondência múltipla. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE 65610617.9.0000.5188. **Resultados:** Dos 201 usuários que buscaram a profilaxia houve destaque do sexo masculino (80,1%), faixa etária de 15 a 29 anos (53,7%), raça parda (76,1%), heterossexuais (63,7), estado civil solteiro (80,1%), escolaridade de nível superior (45,3%), ocupação profissional diversificada (52,6%), procedência geográfica da capital (79,6%) e a circunstância de exposição pelo não uso do preservativo (73,1%). Os usuários receberam os medicamentos antirretrovirais na primeira consulta, porém 118 (58,7%) não retornaram ao serviço e 83 (41,3%) compareceram parcialmente às consultas estabelecidas. A probabilidade de não adesão foi maior na faixa etária de 15 a 29 anos, de heterossexuais e de usuários com nível de escolaridade médio. **Conclusão:** O fato do usuário não ter comparecido às consultas para o acompanhamento clínico-laboratorial não significa afirmar que não houve adesão à profilaxia, uma vez que os antirretrovirais são disponibilizados para serem tomados em domicílio. Dessa forma, garantir o acompanhamento clínico do usuário torna-se importante para a adesão farmacológica, através do monitoramento dos sintomas indesejáveis e avaliação acerca das dificuldades que possam comprometer essa adesão.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Profilaxia Pós-Exposição; Adesão

ABSTRACT

ANDRADE, Ana Carla Cavalcanti de. **Sociodemographic and clinical factors related to adherence and follow-up of the use of Post-Exposure Prophylaxis for HIV.** 2018. 60pp. Dissertation (Master's in Nursing) – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2018.

Introduction: The dissemination of the Human Immunodeficiency Virus is still a public health problem, and in order to prevent it, the post-exposure prophylaxis for the virus stands out. **Objective:** To analyze the adherence and follow-up of the use of Post-Exposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus according to socio-demographic and clinical aspects. **Methods:** Descriptive study, quantitative, using secondary data sources, performed in a referral hospital in Paraíba, with a sample of 201 medical records of users who used the prophylaxis, August 2015 to December 2016. The data collected were recorded in form, typed in spreadsheet in Microsoft Office Excel 2003 and transported to the SPSS version 20.0 program, and analyzed using descriptive statistics, logistic regression model and multiple correspondence analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, under CAAE 65610617.9.0000.5188. **Results:** Of the 201 individuals seeking prophylaxis was featured male (80.1%), aged 15-29 years (53.7%), mulatto (76.1%), heterosexual (63.7), unmarried (80.1%), higher level of education (45.3%), diversified occupation (52.6%), geographic origin of the capital (79.6%) and the fact that exposure to non-use of the condom (73.1%). The users received the antiretroviral drugs at the first visit, but 118 (58.7%) did not return to the service and 83 (41.3%) partially attended the established consultations. The probability of non-adherence was higher in the age group of 15 to 29 years, of heterosexuals and users with average level of schooling. **Conclusion:** The fact that the patient did not attend the consultations for clinical-laboratory follow-up does not mean that he / she did not adhere to the prophylaxis, since the antiretroviral drugs are available to be taken at home. In this way, ensuring the clinical follow-up of the user becomes important for pharmacological adherence, through the monitoring of undesirable symptoms and evaluation of the difficulties that may compromise this adherence.

KEYWORDS: HIV; Post-Exposure Prophylaxis; Adhesion

RESUMEN

ANDRADE, Ana Carla Cavalcanti de. **Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la adhesión y seguimiento del uso de la Profilaxis Post-Exposición Sexual para el VIH.** 2018. 60h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2018.

Introducción: La diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana aún se configura como un problema de salud pública y para la prevención de ésta, se destaca la adhesión a la Profilaxis Post-Exposición para el virus. **Objetivo:** Analizar la adhesión y el seguimiento del uso de la Profilaxis post-exposición sexual para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, según los aspectos sociodemográficos y clínicos. **Método:** Estudio descriptivo, de naturaleza cuantitativa, utilizando fuentes de datos secundarios, realizado en un hospital de referencia en Paraíba, con una muestra de 201 prontuarios de usuarios que utilizaron la profilaxis, de agosto de 2015 a diciembre de 2016. Los datos que se recopilaron en formato, se escribieron en hoja de cálculo en Microsoft Office Excel 2003 y se trasladaron al programa SPSS versión 20.0, siendo analizados a través de la estadística descriptiva, modelo de regresión logística y análisis de correspondencia múltiple. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, bajo el CAAE 65610617.9.0000.5188. **Resultados:** De los 201 usuarios que buscaron la profilaxis hubo destaque del sexo masculino (80,1%), grupo de edad de 15 a 29 años (53,7%), raza parda (76,1%), heterosexuales (63,7), el estado civil soltero (80,1%), escolaridad de nivel superior (45,3%), ocupación profesional diversificada (52,6%), procedencia geográfica de la capital (79,6%) y la circunstancia de exposición por el no uso del preservativo (73,1%). Los usuarios recibieron los medicamentos antirretrovirales en la primera consulta, pero 118 (58,7%) no retornaron al servicio y 83 (41,3%) asistieron parcialmente a las consultas establecidas. La probabilidad de no adhesión fue mayor en el grupo de edad de 15 a 29 años, de heterosexuales y de usuarios con nivel de escolaridad promedio. **Conclusión:** El hecho de que el usuario no haya comparecido las consultas para el seguimiento clínico-laboratorial no significa afirmar que el mismo no se adhirió a la profilaxis, ya que los antirretrovirales están disponibles para ser tomados a domicilio. De esta forma, garantizar el seguimiento clínico del usuario es importante para la adhesión farmacológica, a través del monitoreo de los síntomas indeseables y evaluación acerca de las dificultades que puedan comprometer esa adhesión.

PALABRAS CLAVE: VIH; Profilaxis Post-Exposición; Adhesión

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Contextualização da infecção pelo HIV por exposição sexual.....	16
2.2 Conceito de adesão à Profilaxia Pós-Exposição para o HIV.....	18
2.3 Políticas Públicas de Saúde para a prevenção do HIV por exposição sexual.....	20
3 MÉTODO	24
3.1 Tipo de estudo	24
3.2 Local do estudo.....	24
3.3 População e amostra	24
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	25
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	25
3.6 Análise de dados.....	26
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Formulário para registro dos dados sobre adesão do usuário à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV	59
APÊNDICE B – Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60

1 INTRODUÇÃO

A disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o desenvolvimento da aids permanecem representando um fenômeno global e seu controle ainda se revela como um desafio demandando respostas eficazes, uma vez que envolve múltiplas dimensões da vida social, psicológica, econômica e biológica.

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS), 36,7 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo até 2016. No território brasileiro, encontra-se os maiores índices da América Latina, com registro de 882.810 casos de aids até junho de 2017. Nos últimos dez anos, a região Nordeste notificou 30.297 casos e a Paraíba, por sua vez, acumulou 8.102 casos de aids até o ano de 2017, ficando em destaque a categoria de exposição sexual pelo maior número de casos registrados (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2016a). Sendo assim, a infecção pelo HIV ainda se configura como um problema de saúde pública pela importância epidemiológica e por demandar mobilizações no sentido de garantir acesso universal a prevenção e tratamento.

No Brasil e no mundo, desde a descoberta do HIV/Aids, as estratégias adotadas pelo governo e sociedade atribuíram às medidas de prevenção um papel de destaque para o enfrentamento da epidemia. Nesse sentido, foram estabelecidas as populações-chave, entendidas como um grupo exposto a determinados condicionantes que os tornavam mais predispostos a adquirirem o vírus. No país, a população-chave é constituída de gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas em uso de álcool e outras drogas, trabalhadores do sexo, pessoas transexuais e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017c).

A partir do ano 1990, alinhado à abordagem predominantemente epidemiológica, adotou-se um novo modelo estratégico de prevenção do HIV baseado em três eixos: veiculação de informações, atuação sobre determinantes sociais e mudança comportamental. O primeiro eixo consiste na divulgação de conhecimentos por meio de campanhas nacionais acerca da percepção dos indivíduos sobre o HIV, o segundo diz respeito aos incentivos às mudanças políticas, econômicas e culturais que configurem riscos aos direitos e a dignidade das pessoas com HIV/Aids e o terceiro eixo envolve a transformação de comportamentos de riscos dos indivíduos (BRASIL, 2017c).

Posteriormente, um terceiro modelo de prevenção para o HIV, baseado no uso da terapia antirretroviral (TARV), que até então era utilizada apenas como tratamento, foi adotado pelo Brasil. Nesse momento, medidas preventivas como a Profilaxia Pós Exposição (PEP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Tratamento para todas as pessoas soropositivas (TTP) passaram a compor o conjunto de estratégias para prevenção do HIV (BRASIL, 2017c).

Nesse sentido, de acordo com o protocolo de Prevenção Combinada do HIV, Bases Conceituais para Profissionais, Trabalhadores (as) e Gestores(as) de Saúde (2017) estabelecem um modelo que consiste em três abordagens denominadas: biomédica, comportamental e estrutural.

A abordagem biomédica objetiva a redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, a partir de ações que impeçam a transmissão do vírus, seja pelo uso de métodos de barreira como o preservativo ou pela utilização dos antirretrovirais (ARV), com o propósito de limitar a capacidade do HIV infectar outras pessoas. Essa abordagem é dividida em intervenções clássicas, como o uso do preservativo masculino e feminino; e intervenções baseadas em ARV, a exemplo da Profilaxia Pós Exposição, Profilaxia Pré-Exposição e Tratamento para todas as pessoas soropositivas (BRASIL, 2017c).

A abordagem comportamental diz respeito aos comportamentos de riscos adotados pelos indivíduos, buscando ofertar a população conhecimento e informações acerca do HIV/Aids, a fim de torná-los aptos a comportamentos de prevenção. E, por último, a abordagem estrutural, de ordem política, social, econômica e legal, que pretende transformar as estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV, evitando que preconceitos e atos discriminatórios excluam o direito à dignidade humana e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2017c).

A PrEP envolve o uso de ARV por indivíduos HIV-negativos que estejam em constante risco de serem infectados, a exemplos de casais sorodiscordantes, homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo (WONG, 2017). Por conseguinte, o TTP, também chamado de “testar e tratar”, consiste em tratar o maior número de pessoas infectadas pelo HIV o mais rápido possível, objetivando a redução da carga viral e, conseqüentemente, a redução da transmissão do vírus. No entanto, essa estratégia necessita da universalização do acesso à testagem anti-HIV, além do tratamento imediato de todos os indivíduos diagnosticados com o vírus (BRASIL, 2017c).

No contexto das ações estratégicas de combate a infecção, vale mencionar também o compromisso firmado pelo Brasil e outros países, em Melbourne no ano de 2014, a chamada meta 90/90/90, estabelecida pelo Unids, para controlar a epidemia da aids mundial até 2020 (GONÇALVES, 2017).

As metas determinam que até o ano de 2020 pelo menos 90% de todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) saberão que possuem o vírus, 90% de todas as pessoas infectadas pelo HIV receberão terapia antirretroviral (TARV) e 90% de todas as pessoas em TARV devem apresentar supressão viral. Com o alcance destas metas, haverá chances reduzidas de transmissão do HIV para a população soronegativa, além da melhoria da condição clínica e qualidade de vida dos já infectados. As metas são baseadas em modelos matemáticos, que projetam para 2030 o fim dos níveis epidêmicos para o HIV/Aids no mundo, com o apoio da estratégia TTP/testar e tratar (UNAIDS, 2015).

No que tange a Profilaxia Pós-Exposição para o HIV (PEP), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2010, sua utilização tem sido recomendada como uma estratégia de redução de danos (BRASIL, 2015). Essa estratégia estabelece critérios de acesso a medicamentos antirretrovirais capazes de impedir que o vírus se estabeleça no organismo de pessoas expostas ao risco de contaminação, seja pela via sexual (PEP sexual) ou após exposição por acidente ocupacional (PEP ocupacional) (BRASIL, 2010).

A PEP ocupacional preconiza condutas que devem ser adotadas pelos trabalhadores em geral que foram expostos ao vírus em decorrência de um acidente laboral, enquanto que a PEP sexual busca combater o maior número de casos de infecção pelo HIV, visto que, desde 1980, a via sexual representa a principal porta de entrada do vírus (BRASIL, 2017a).

No contexto da exposição sexual pelo HIV, a profilaxia é recomendada nas seguintes situações: vítimas de violência sexual, falha e/ou rompimento ou não uso do preservativo durante a relação (GIV, 2016). O acesso das vítimas de violência sexual a PEP por um serviço de saúde envolve suporte médico, social, psicológico e jurídico, considerando a complexidade do contexto vivido pela vítima, principalmente quando trata-se de crianças e adolescentes (BRASIL, 2012).

Em relação à falha e/ou rompimento do preservativo, fatores como a ansiedade no momento do ato sexual pode levar ao seu uso incorreto. Além disso, é possível que a população em geral desconheça algumas práticas que acarretam na sua inutilização.

Dentre essas práticas destacam-se: esquecer de deixar uma folga de segurança na extremidade do preservativo; abrir as embalagens utilizando os dentes, podendo danificar o material; deixar o preservativo exposto ao calor, guardando-o no bolso ou em carteiras; e usar mais de um preservativo acreditando aumentar a sua eficácia (PEREIRA, 2016).

Quanto ao não uso do preservativo, a promoção de práticas de sexo seguro inclui a sua utilização sendo amplamente encorajada pelas campanhas educacionais e pelos profissionais de saúde, por ser considerado o único método eficaz no combate a transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2010). Porém, é comum encontrar, nos serviços de saúde, uma demanda de pessoas expostas ao vírus pela opção de não uso dessas práticas ou pelo seu uso inadequado. Sendo assim, torna-se fundamental investir nas campanhas educativas, enfatizando as fragilidades culturais e de conhecimento da população e abordando a importância do uso de práticas de sexo seguro.

Entende-se por práticas de sexo seguro comportamentos que minimizam os riscos de infecções durante as atividades sexuais, como uso do preservativo, parceiros fixos e as relações que diminuam o contato com secreções ou sangue (GUIMARÃES; CARDOSO; SILVA, 2013).

Nesse contexto, a PEP sexual é uma estratégia de prevenção a infecção pelo HIV em pessoas expostas ao risco de contaminação. No entanto, apesar das vantagens que ela oferece e da disponibilidade gratuita da profilaxia no sistema de saúde brasileiro, os efeitos colaterais e a toxicidade provocados pelos medicamentos são considerados fatores que influenciam na adesão ao esquema e no abandono da profilaxia, antes dos 28 dias de uso preconizado pelo Ministério da Saúde (SANTOS; KOYAMA; ALMEIDA, 2010).

A adesão ao esquema profilático durante o período recomendado torna-se importante para o sucesso da estratégia. Entretanto, estudo na área afirma que é baixo o número de usuários que completam o período de uso da PEP e as taxas de abandono encontram-se em maior prevalência entre os adolescentes (FORD et al., 2014).

Portanto, verificar a adesão à profilaxia sexual e identificar os possíveis fatores associados a esse processo pode viabilizar estratégias efetivas para a prevenção do HIV, ponderando os contextos epidemiológico, econômico, social e cultural nos quais os usuários estão inseridos. A identificação desses fatores pode subsidiar profissionais de saúde para estabelecer estratégias que favoreçam a adesão. Além disso, considera-se escassos os estudos que abordam essa temática, tendo em vista a recente implantação da

profilaxia pelo Ministério da Saúde e o desconhecimento de alguns indivíduos quanto a disponibilização da profilaxia.

Considerando o exposto, o presente estudo respaldou-se nas seguintes questões norteadoras:

- Qual a adesão de usuários à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV no serviço de saúde especializado?

- Quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam na adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV?

Para responder as questões norteadoras foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar a adesão e o acompanhamento do uso da Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV, segundo os aspectos sociodemográficos e clínicos.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar os usuários indicados para o uso da Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Verificar a adesão de usuários à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV no serviço especializado;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas a adesão e ao acompanhamento do uso da Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV no serviço especializado;
- Estimar a probabilidade de não adesão dos usuários à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV no serviço especializado.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualização da infecção pelo HIV por exposição sexual

A exposição sexual se caracteriza como a principal via de transmissão do HIV entre homens e mulheres a partir dos treze anos de idade (BRASIL, 2017a). As principais portas de entrada para o vírus ocorrem através do contato do HIV com as mucosas, por meio de respingos em olhos, nariz, boca e/ou mucosa dos órgãos genitais e anal (BRASIL, 2015).

O grupo que apresenta maior vulnerabilidade para infecção pelo HIV é a população de homens que fazem sexo com homens (homossexual e bissexual), uma vez que aproximadamente 40% das infecções pela via sexual são oriundas desse público (BRASIL, 2013a).

Alguns comportamentos adotados por esse grupo são considerados preocupantes, pois favorecem a infecção/transmissão do vírus pelo uso de práticas sexuais desprotegidas, a exemplo do não uso do preservativo no sexo anal e oral (DOURADO, 2011). Nesse sentido, acredita-se que já existe um certo conhecimento da população sobre a necessidade do uso do preservativo durante o sexo anal, porém ainda se verifica uma baixa aceitação no sexo oral (LIMA et al., 2014).

No entanto, vale mencionar que na última década ocorreu um predomínio da categoria de exposição heterossexual, o que sugere uma mudança de perfil e desmistificação de que a doença seja característica da população homossexual (BRASIL, 2017a).

Merecem ainda destaque os casais sorodiscordantes que, muitas vezes, recorrem a estratégias de enfrentamento de riscos para conciliar o medo de uma possível contaminação, com a manutenção do desejo sexual entre o casal. Tais estratégias vão desde a negação da doença, acreditando numa possível imunização ao vírus, até a adoção de comportamentos de risco, como a utilização de mais de um preservativo na relação sexual. É importante ressaltar que o uso concomitante de dois ou mais preservativos aumenta as chances de rompimento devido a fricção do látex causada durante a atividade sexual (REIS; GIR, 2010).

Outro grupo vulnerável ao vírus são as mulheres vítimas de violência sexual. Nesse grupo social, a contaminação pelo HIV é apontada como um dos principais

receios das vítimas, sendo a probabilidade de risco de transmissão considerada aproximadamente de 0,8 a 2,7% superior em relação as outras formas de exposição sexual. Essa vulnerabilidade maior à infecção justifica-se pela ocorrência de traumas com lacerações em cerca de 40% das vítimas (BRASIL, 2010).

As questões de violência e de infecção pelo HIV estão intimamente ligadas e representam o contexto de vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres (TERRA, 2011). Dentre esses contextos, merecem destaque o abuso que ocorre nas relações estáveis, classificado como crônico, que impossibilita as medidas preventivas da PEP, tendo em vista que podem acontecer indiscriminadamente, além do abuso que ocorre nas relações sexuais não consentidas e com parceiros desconhecidos, pois favorece a ausência de diálogo sobre as práticas de sexo seguro (BRASIL, 2011). Esses contextos marcados por violência e questões de gênero são componentes que caracterizam a feminização da epidemia do HIV e da aids (VILELA et al., 2012; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2013).

Por fim, o grupo de jovens, na faixa etária entre 15 e 24 anos, tem demandado atenção das autoridades envolvidas na luta contra a aids no país, devido ao aumento do número de casos de infecção pelo HIV nesse grupo nos últimos anos (BRASIL, 2016a). Estudo refere que a maior negligência desses jovens com a sua saúde se deve a sensação de invulnerabilidade, uso de drogas e a forte resistência ao uso do preservativo, além do sucesso da terapia antirretroviral ter gerado uma maior acomodação para a prevenção entre eles (CAULYT, 2014).

Dados estatísticos sobre o HIV divulgaram em 2016 cerca de 790.000 novas infecções por HIV na África Oriental e Austral, 270.000 novas infecções por HIV na Ásia e Pacífico e, aproximadamente, 370.000 na África Ocidental e Central. Por sua vez, na América Latina foram estimadas 97.000 novas infecções por HIV, 18.000 novas infecções na região do Caribe, Oriente Médio e Norte da África; 190.000 novas infecções por HIV no Leste Europeu e Ásia Central e, por fim, 73.000 novas infecções na Europa Ocidental, Central e América do Norte, sendo a via sexual a principal porta de entrada para o vírus (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2017a).

Visto isso, torna-se fundamental reforçar as intervenções preventivas da PEP sexual para o desenvolvimento de novas estratégias que minimizem os comportamentos de riscos através do controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), com ampliação do acesso aos preservativos na rede pública e às medidas educativas que tornem o seu uso menos rejeitável.

2.2 Conceito de adesão à Profilaxia Pós-Exposição para o HIV

A adesão do usuário à PEP sexual é configurada quando o mesmo, depois de receber o esquema profilático, retorna ao serviço de saúde para realizar o acompanhamento clínico-laboratorial, nas consultas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de programas de educação permanente que treine e capacite a equipe de saúde para atuarem não apenas na prevenção de exposições, como também frente à adesão do seguimento clínico (LOUREIRO et al., 2009).

Dessa forma, torna-se importante o apoio da rede social na qual o usuário encontra-se inserido. Na identificação de possíveis preditores de adesão, verificou-se a necessidade de um maior suporte emocional. Desse modo, o fortalecimento da rede de apoio social junto ao usuário pode suprir demandas emocionais e favorecer a adesão à profilaxia. Para isso, faz-se indispensável o desenvolvimento de estratégias, por parte dos gestores e profissionais de saúde, que considerem os aspectos biopsicossociais dos usuários. Acrescenta-se ainda, que há déficits de recursos humanos e insumos nos serviços de saúde, além do pouco investimento na educação permanente dos profissionais envolvidos, o que pode refletir diretamente na adesão (FARIA et al., 2014).

As barreiras psicossociais também são problemas que afetam negativamente a adesão do usuário, a exemplo do medo do estigma como um forte componente emocional (BLASHILL et al., 2015). Vale ressaltar que aspectos, que englobam o lado emocional, foram identificados como facilitadores de adesão em um grupo de gestantes com HIV que faziam uso da quimioprofilaxia durante o pré-natal (FARIA et al., 2014).

Merecem destaque os problemas de ordem mental, como a depressão e o transtorno pós-traumático, pois cooperam para a não adesão do seguimento clínico da profilaxia, interferindo diretamente no autocuidado dos usuários (GONZALES et al., 2011). Além disso, o uso de substâncias lícitas e ilícitas também mostraram associação com os piores índices de adesão (BINFORD; KAHANA; ALTICE, 2012).

Somando-se a esses contextos, as intensas reações adversas da medicação foram relatadas pelos usuários como um dos maiores obstáculos para a adesão, sendo as mais comuns os distúrbios gastrointestinais (PROCÓPIO et al., 2014).

Portanto, a adesão depende em grande parte do envolvimento do paciente em seu cuidado, uma vez que suas causas são de origens multifatoriais, incluindo desde a

percepção de risco que o usuário tem acerca da sua saúde, até o engajamento da equipe de profissionais e a tolerância as drogas do esquema profilático (ZIMMER, 2016).

Todavia, o insucesso da adesão sugere um maior envolvimento e comprometimento da equipe de saúde para novas intervenções, principalmente em áreas de maior endemicidade para o HIV e populações mais vulneráveis a infecção pelo vírus. Para isso, esses profissionais devem atentar para as barreiras da vida real de cada indivíduo exposto a situações de riscos e trabalhar os aspectos que dificultam a adesão (BLASHILL et al., 2015).

Concomitante, os usuários também devem ser informados sobre os efeitos adversos dos medicamentos da PEP e, na presença de alguns deles, procurarem imediatamente o serviço de saúde para que medidas sejam tomadas no intuito de minimizar esses sintomas indesejados, sem que seja necessário interromper o seguimento da PEP (BRASIL, 2015).

Sendo assim, a partir do aconselhamento e do acompanhamento pela equipe de saúde, o usuário pode se apropriar do seu tratamento, além de desenvolver estratégias de autocuidado, participando assim efetivamente do processo de saúde-doença (TAYLOR et al., 2014). Por conseguinte, identifica-se como adesão à PEP, o uso do esquema terapêutico durante 28 dias e o acompanhamento clínico-laboratorial do usuário, pela equipe de saúde.

É importante mencionar que não há um consenso na literatura quanto ao estabelecimento de níveis ideais de adesão, porém torna-se imperativo entendê-la como um fenômeno que requer uma abordagem bio-comportamental e não apenas intervenções biomédicas isoladas, cujo propósito é obter uma melhora na compreensão do conjunto de fatores complexos que influenciam na adesão à medida profilática (BLASHILL et al., 2015).

Contudo, apesar dos desafios encontrados, é possível estimular o usuário a uma maior adesão à PEP, com a ocorrência de avaliações contínuas dessa adesão, bem como os investimentos em pesquisas para analisar as medidas de adesão e suas respectivas intervenções (OLDENBURG et al., 2014).

O conceito de adesão à PEP é multifatorial e, portanto, não pode ser apreendido de forma isolada do contexto biopsicossocial do usuário. A partir da análise, entende-se a adesão como um processo ativo e dinâmico que envolve a autonomia do usuário no seu autocuidado e a participação efetiva da equipe de saúde e do apoio de gestores.

2.3 Políticas públicas de saúde para a prevenção do HIV

A Constituição Federal do Brasil, promulgada no ano de 1988, estabelece no artigo 196 que a saúde é um direito de todos os cidadãos, portanto, é dever do Estado desenvolver políticas de saúde de cunho social e econômico que assegurem a população serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse aspecto, as políticas públicas de saúde são definidas como um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado com o objetivo de garantir os direitos da sociedade previstos em lei. Essas políticas surgem com a finalidade de dirimir as distorções sociais existentes, ponderando as desigualdades e injustiças intrínsecas ao sistema capitalista vigente, mantendo o foco em questões relevantes para a população como saúde, educação, segurança, trabalho, transporte, entre outros (SOUSA; BATISTA, 2012).

No Brasil, as primeiras leis sociais surgiram em meados do final do século XIX. No entanto, as primeiras políticas públicas só tiveram início com o processo de industrialização, a partir do movimento operário grevista (SOUSA; BATISTA, 2012).

Dentre os avanços sociais destacam-se as políticas públicas para o HIV, que datam do anos de 1985, com a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), reconhecida como a primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina desenvolvida para apoiar a luta contra a aids. E, posteriormente, a criação do Programa de Controle da Aids pelo Governo Federal, por meio da Portaria nº 236 de 02 de maio de 1985. No ano seguinte, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, sendo reconhecido como referência mundial pelas agências internacionais por consequência do desenvolvimento de ações e assistência contra a aids no país (BRASIL, 2013b).

Contudo, somente em 1995 foi criada a Política de Redução de Danos que, a partir do ano de 2004, configurou-se como uma estratégia do Ministério da Saúde para redução de agravos pelo consumo de álcool e outras drogas. A crescente taxa de contaminação pelo HIV de usuários de drogas, devido ao compartilhamento de seringas e agulhas, fez com que essa população se tornasse prioritária para essa política. Ademais, o consumo abusivo dessas substâncias são consideradas um fator de predisposição para as relações sexuais desprotegidas, aumentando a vulnerabilidade as IST's/HIV/Aids (BRASIL, 2009a). Estudo mostra que nesse público cerca de 40% afirmaram nunca usar o preservativo de forma regular, taxa que evolui para 60% quando estão sob efeito de substâncias psicoativas (BRASIL, 2017c).

A principal finalidade da Estratégia de Redução de Danos (ERD) consiste na diminuição da incidência de IST's, HIV e aids, por meio da distribuição de preservativos e do fornecimento de seringas e agulhas, além de material informativo e educativo. Desencoraja-se, assim, o compartilhamento de materiais descartáveis e possibilita-se que o indivíduo seja o ator principal da prevenção e promoção da sua saúde, tendo participação efetiva na transformação da realidade (BRASIL, 2009a).

Outras ações estabelecidas pelas políticas são as campanhas educativas contra o HIV que estimulam a prática de sexo seguro com o uso do preservativo em todas as relações sexuais e, como estratégia para incentivar e apoiar seu uso, são disponibilizados gratuitamente em toda a rede pública de saúde pelo governo.

Ainda em relação as políticas de saúde estabelecidas no país para a prevenção do HIV, destaca-se a Profilaxia Pós-Exposição para o HIV (PEP). Caracteriza-se como uma estratégia de redução de danos, estabelecida em 2010 pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é a redução da transmissão em pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus, por meio da utilização de medicamentos antirretrovirais (BRASIL, 2015).

O atendimento inicial para o uso da PEP consiste no acolhimento e aconselhamento do usuário, na avaliação de risco de transmissão do HIV e na realização do teste rápido. Essas etapas de atendimento devem ser realizadas o mais precocemente possível, considerando que quanto menor o tempo transcorrido entre a exposição e o início da profilaxia, maior será a sua eficácia (BOLETIM INFORMATIVO, 2015; BRASIL, 2010).

Nesse aspecto, o tipo de material biológico envolvido na exposição é fator decisivo para indicação da PEP, sendo fundamental ser investigado, no momento do atendimento do usuário, a presença de sangue e sêmen, por serem materiais biológicos existentes no contato sexual, caracterizados como de alto risco de infecção para o HIV (BRASIL, 2015).

Sendo assim, após uma detalhada investigação pelo profissional de saúde sobre o tempo transcorrido entre a exposição de risco e o início da profilaxia, que não deve ser superior a 72 horas, além do tipo de material infectante e a condição sorológica do usuário, será decidida a indicação ou não da PEP. Torna-se importante ressaltar que a PEP é recomendada sempre que houver risco significativo de transmissão do HIV, porém se o risco de toxicidade dos medicamentos superar o de transmissão, deve-se optar pela não indicação da profilaxia (BRASIL, 2015).

Uma vez indicada, a PEP configura-se como uma urgência médica e a sua eficácia está diretamente relacionada com a precocidade do seu início. A recomendação ideal é por volta das duas primeiras horas após a exposição, atingindo o limite máximo de setenta e duas horas subsequentes. Extrapolado esse tempo, não é recomendado o uso da PEP e o usuário deve receber acompanhamento clínico e laboratorial para prevenção de outros possíveis agravos (BRASIL, 2010).

Frente ao exposto, torna-se necessário que o esquema da PEP seja esclarecido e encorajado ao usuário que busca atendimento nos serviços de saúde especializados, principalmente sobre a tomada rigorosa dos antirretrovirais, a duração completa do esquema profilático, que consiste em 28 dias ininterruptos, bem como mencionar a importância do acompanhamento clínico-laboratorial, realização dos exames e testagem anti-HIV.

O usuário que iniciar a PEP deve ser orientado, também, a procurar imediatamente o serviço de saúde, caso sinta quaisquer sintomas ou sinais clínicos, em razão da alta toxicidade dos medicamentos, considerando que mais de 50% dos pacientes em uso relatam desconfortos advindos do tratamento. Entre os efeitos adversos mais comuns estão a cefaléia, fadiga e problemas gastrointestinais. Todavia, é possível a ocorrência de efeitos mais severos como a nefrolitíase, pancitopenia e hepatite medicamentosa (BRASIL, 2010).

Vale salientar que o usuário exposto ao HIV pode apresentar sintomas psíquicos e emocionais associados como o desespero, o estresse pós-traumático e a depressão. Nesse contexto, é fundamental o acompanhamento clínico e psicológico com o devido suporte psicossocial a esses usuários. Diante dos agravos, a equipe de saúde deve intervir imediatamente após constatada a intolerância medicamentosa, evitando as complicações e diminuindo as taxas de abandono da profilaxia. Em geral, não é necessária a interrupção do esquema, apenas o uso de medicamentos sintomáticos (BRASIL, 2015).

A indicação da Profilaxia Pós-Exposição para o HIV, após exposições sexuais de riscos, tem sido recomendada por várias diretrizes internacionais. Nos Estados Unidos, a Estratégia Nacional para o HIV/Aids incorporou em 2010 a ampliação do acesso à PEP como forma de conter a disseminação do vírus no país (UNITED STATES, 2010). Estudos internacionais também relacionam a eficácia da PEP com a adesão do usuário ao esquema profilático e com os comportamentos sexuais de risco (VAN DAMME et al., 2012; IRVINE et al., 2015).

Visto isso, é importante ressaltar que a maioria dos indivíduos que buscam atendimento da PEP, fazem isso por já haver tido comportamentos de riscos com possível exposição ao HIV. Nesse sentido, é imprescindível esclarecer que os usuários devem aderir a práticas de saúde saudáveis durante o curso e após a profilaxia, para evitar a transmissão e/ou futuras exposições ao HIV (UNITED STATES, 2016).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Para atender aos objetivos propostos, optou-se pela realização de um estudo descritivo de natureza quantitativa em fontes de dados secundários (prontuários e banco de dados). A abordagem quantitativa busca as causas dos fenômenos, utilizando procedimentos controlados, examinando como elas interagem e/ou influenciam nos resultados. Pode-se determinar variáveis e depois verificar as relações existentes entre elas e dessa forma utilizar uma estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar o conhecimento (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local de estudo

A presente pesquisa foi realizada no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), que se caracteriza como um serviço de saúde de referência no Estado da Paraíba para os programas de controle, de prevenção e de tratamentos de HIV/Aids, Tuberculose, Hanseníase e Hepatites virais. Vale registrar que a capital do Estado ainda dispõe de mais dois serviços que oferecem a PEP sexual, são eles: Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e o Hospital Universitário Lauro Wanderley. Porém, esses serviços foram excluídos para realização desse estudo por registrar uma demanda pequena de usuários que procuram os serviços, por não serem a referência para o Estado.

3.3 População e Amostra

A população foi constituída por um total de 627 usuários registrados para a PEP sexual, durante o período de agosto de 2015 a dezembro de 2016, no banco de dados da Vigilância Epidemiológica do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. Para dimensionar o tamanho da amostra “n”, a proporção da adesão foi estimada em 15,9%. Dessa forma, a realização do cálculo amostral pela fórmula implantada no software R, com intervalo de confiança a 95% e erro amostral de 5%,

resultou na amostra de tamanho $n = 186$. Para evitar perdas amostrais foi estabelecido um percentual a mais de 8%, totalizando $n = 201$ usuários.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para verificar a adesão de usuários à PEP sexual foram adotados como critérios de inclusão os usuários, cujos prontuários atenderam aos registros das seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas estabelecidas para o estudo: sexo, raça, idade, orientação sexual, escolaridade, estado civil, categoria profissional, procedência geográfica e circunstância da exposição. Foram excluídos os usuários cujos prontuários não apresentaram informações consistentes sobre essas variáveis. Sendo assim, foram analisados todos os 201 prontuários estabelecidos pela amostra, não produzindo nenhuma perda.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados realizou-se através da disponibilização de uma listagem completa de usuários que iniciaram a PEP sexual registrados na Vigilância Epidemiológica do CHCF. O procedimento para seleção dos casos deu-se por amostragem aleatória sistemática. Percorreu-se todos os casos registrados, produzindo igual representatividade e atendendo ao tamanho da amostra estabelecido. Nessa ocasião, foram obtidos o número dos prontuários de todos os usuários selecionados para participar do estudo.

Em seguida, os prontuários foram solicitados ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), a fim de dar continuidade a coleta de dados das variáveis sociodemográficas e o acompanhamento clínico laboratorial dos usuários.

Para o registro dos dados coletados dos prontuários foi elaborado um formulário (Apêndice A) considerando o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), constituído por questões objetivas distribuídas em duas partes.

A primeira refere-se às variáveis sociodemográficas (sexo, raça, idade, orientação sexual, escolaridade, estado civil, categoria profissional, procedência geográfica e circunstância da exposição). A segunda parte abrange informações sobre a

adesão à PEP referente ao uso das medicações, acompanhamento clínico e laboratorial durante os retornos às consultas estabelecidas no protocolo, além dos registros de ocorrência de efeitos adversos.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados e registrados no formulário foram codificados para complementação da planilha no Microsoft Office Excel 2003 e, posteriormente, transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais foram analisados por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa percentual).

Determinou-se a razão de prevalência e seu intervalo a 95% de confiança para as variáveis sociodemográficas, com o intuito de avaliar a contribuição de cada uma delas sobre a influência de não adesão à profilaxia. Dando prosseguimento, aplicou-se o modelo de regressão logística para determinar a razão de prevalência, a fim de confirmar as chances da não adesão à PEP como uma opção mais explicativa de confirmar a análise das influências anteriormente avaliadas. Para uma constatação descritiva aplicou-se o modelo multivariado de análise de correspondência múltipla às mesmas variáveis para concluir as suas influências sobre a adesão.

Nesse estudo, a adesão dos usuários à PEP sexual foi considerada quando o mesmo recebe o esquema medicamentoso da profilaxia e comparece ao serviço de saúde, em uso dos antirretrovirais, para o acompanhamento clínico durante as consultas preconizadas (após 15 dias, 30 e 90 dias) e realização dos exames laboratoriais, estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Sendo assim, definiu-se a adesão em três categorias denominadas de: Não adesão, adesão parcial e adesão total. Na dicotomização, estas três categorias se transformaram em duas: Não adesão e Adesão (que inclui a adesão parcial e a adesão total). Dessa forma, foi considerado adesão parcial, quando o usuário retorna ao serviço em pelo menos uma das consultas pré-estabelecidas e adesão total quando o usuário comparece a todas as consultas pré-estabelecidas. A não adesão foi considerada quando o usuário não retorna em nenhuma das consultas programadas.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS/UFPB, sob o número de protocolo 089/17 e CAAE 65610617.9.0000.5188.

A pesquisa obteve anuência da diretoria do CHCF, por meio do Núcleo de Educação Permanente – NEP, para que fosse realizada no âmbito hospitalar e dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), visto que os dados foram coletados em fontes secundárias (prontuários e bancos de dados), disponibilizados pelos serviços de saúde e estando em conformidade com a Resolução do CNS Nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b).

Considerando que toda pesquisa envolve riscos, o dano eventual, provocado por este estudo, foi caracterizado como mínimo pela quebra de sigilo por uso de dados confidenciais disponibilizados pelo serviço.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adesão é uma estratégia complexa que compreende questões físicas, sociais, comportamentais, culturais e psicológicas, envolvendo os usuários, os profissionais de saúde e a comunidade. Desse modo, as variáveis sociodemográficas podem afetar diretamente as chances de adesão do paciente (FARIA et al., 2014).

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, Prevenção Combinada do HIV/ Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde (2017), a adesão se configura como a correta utilização dos medicamentos antirretrovirais, respeitando as doses, horários e demais indicações necessárias e solicitadas pela equipe de saúde. Além disso, representa um processo colaborativo de integração terapêutica, pactuado entre usuário e serviço de saúde.

Nesse sentido, o estudo evidenciou que, dos 201 usuários registrados no serviço da PEP, ocorreu a predominância do sexo masculino (80,1%), na faixa etária de 15 a 29 anos (53,7%), raça parda (76,1%), heterossexuais (63,7%), além do estado civil solteiro (80,1%). Quanto à escolaridade, o nível superior predominou entre os demais (45,3%), seguido pelo médio (44,3%) e ocupação profissional diversificada (52,6%), porém com destaque para os estudantes (29,4%). A maior demanda de usuários teve a procedência geográfica da capital (79,6%) e a circunstância de exposição se deu pelo não uso do preservativo (73,1%), conforme dados expostos na tabela 1 abaixo:

TABELA 1 - Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	161	80,1
	Feminino	40	19,9
Faixa etária	15 a 29 anos	108	53,7
	30 a 39 anos	59	29,4
	40 a 59 anos	34	16,9
Raça	Parda	153	76,1
	Branca	43	21,4
	Negra	5	2,5

Orientação sexual	Heterossexual	128	63,7
	Homossexual	73	36,3
Estado civil	Solteiro	161	80,1
	Casado	34	16,9
	Divorciado	5	2,5
	Viúvo	1	0,5
Escolaridade	Analfabeto	1	0,5
	Fundamental	19	9,5
	Médio	89	44,3
	Superior	91	45,3
	Pós-graduação	1	0,5
Ocupação	Estudante	59	29,4
	Funcionário público	13	6,5
	Autônomo	11	5,5
	Professor	7	3,5
	Comerciante	5	2,5
	Outros	106	52,6
Procedência geográfica	Capital	160	79,6
	Interior	41	20,4
Circunstância da exposição	Não uso do preservativo	147	73,1
	Rompimento do preservativo	54	26,9

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.
 Legenda: Outros (engenheiro, arquiteto, contador, gerente comercial, taxista, pedreiro, vendedor, mecânico, doméstica, entre outros).

Na amostra pesquisada, a predominância da PEP sexual, em usuário do sexo masculino (80,1%), pode representar o reflexo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, implantada no Brasil no ano de 2009. Essa política teve como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no país para a redução da morbimortalidade, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009b).

Além disso, a predominância desse grupo populacional pode também representar a maior participação masculina nas situações de risco de contágio pela exposição sexual, como a naturalização de múltiplas parcerias e sentir-se imune a doenças. Dessa forma, torna-se necessário sensibilizar o homem em relação a sua saúde para torná-lo

consciente da sua vulnerabilidade e, assim, poder tratá-lo e medicá-lo (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

O destaque, também, para uma maior demanda da população jovem, pode ser justificada por ser considerada como o grupo mais exposto ao risco de contágio pelo HIV, devido a um maior descuido desse grupo social com os cuidados de saúde em geral, além de estarem vivendo o auge da sua sexualidade. Nesse aspecto, podem ser considerados os fatores associados ao uso do álcool e drogas nessa faixa etária, que predis põem esse grupo a banalização das práticas sexuais e de saúde (CAULY, 2014).

No que concerne a categoria racial, a maioria dos usuários se auto-declararam pardos. Isso se deve pelo fato do Brasil ser considerado um país bastante miscigenado em decorrência da pluralidade de raças que coabitam no país (COSTA, 2015).

Em relação a orientação sexual, a população heterossexual sobressai quanto aos homossexuais, sugerindo que o perfil das pessoas mais vulneráveis a contaminação pelo HIV não seja formado apenas por homens que fazem sexo com homens, evidenciando que a doença pode se inserir em diferentes contextos e realidades. Além do mais, desde 1993, a população heterossexual passou a fazer parte do principal grupo de exposição para o HIV, ultrapassando as categorias homossexuais e bissexuais (GARCIA et al., 2015).

Em consonância, em 2016 a região Sudeste obteve um predomínio de casos de aids na categoria homossexual. Todavia nas demais regiões do país – Sul, Centro Oeste, Norte e Nordeste - foi observado um aumento da população heterossexual (BRASIL, 2017a). Por outro lado, pode também existir a possibilidade de uma possível omissão do usuário em não sentir-se confortável em expor sua orientação sexual para o serviço de saúde, configurando uma demanda menor de homossexuais.

No tocante ao estado civil dos participantes do estudo, a maioria dos usuários denominou-se solteiro (80,1%), o que pode indicar que os usuários da PEP apresentavam maior exposição a outros fatores de riscos ligados a sexualidade, a exemplo de parceiros múltiplos. Na concepção popular, a aids é considerada “doença de solteiros” ou daqueles que possuem diversos parceiros (as) e, em vista disso, indivíduos com companheiro (a) fixo (a) não sentem-se motivados a usar o preservativo em relações conjugais (PINHO et al., 2002). Além de que, historicamente, o uso de preservativo estava associado a prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

No que diz respeito a escolaridade, sabe-se que essa variável influencia diretamente o poder de discernimento e a tomada de decisão dos indivíduos, quando expostos a situações de riscos (CAMPOS et al., 2014). Porém, os níveis superior e médio tiveram maior representatividade entre os demais, totalizando 89,6% da amostra.

Nesse sentido, estudo realizado em 2006, na Itália, investigou as fontes de informação sobre o HIV/Aids e o comportamento sexual em quatro províncias do país e concluiu que as campanhas educativas de práticas sexuais seguras configuram-se como dispositivos essenciais para a promoção da saúde sexual e prevenção do HIV, devendo ser direcionadas para a população sexualmente ativa (SIGNORELLI et al., 2006). Contudo, verifica-se que a maioria dos adolescentes já apresentam falhas de conhecimento acerca da educação sexual e prevenção do HIV desde a escola (ROLIM et al., 2016).

Outro estudo realizado sobre práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/Aids no contexto brasileiro, observou que o conhecimento da população adulta sobre as formas de transmissão e prevenção é considerado incipiente (GARCIA et al., 2015). Esse fato demonstra a fragilidade do ensino nas escolas e reflete diretamente na educação básica da população, que passam a adotar comportamentos de riscos na vida adulta. Por outro lado, a predominância do ensino médio e superior pode indicar que esse público teve um maior acesso à informação, o que favoreceu a procura pela profilaxia.

Vale salientar que tão importante quanto a educação sexual ser abordada nas escolas é essa questão ser discutida no seio familiar. Estudo sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids entre casais sorodiscordantes, mostram que a maior parte dos relatos evidenciavam a falta de diálogo familiar sobre sexualidade e as informações relacionadas a esse tema eram advindas de amigos, vizinhos, médicos, televisão, além das escolas (FERNANDES, 2013). Em corroboração com esse estudo, Castro; Abramovay; Silva (2004), também constatou essa realidade familiar em sua pesquisa sobre a sexualidade dos adolescentes brasileiros. O diálogo familiar sobre temas interligados à sexualidade é considerado um tabu na sociedade brasileira, em especial no que concerne à educação do sexo feminino (PARKER, 2000).

As informações relacionadas à sexualidade repassadas por amigos, aliada a inexistência de educação sexual realizada no âmbito familiar e a pouca educação sexual continuada, pelas instituições educacionais e de saúde, podem relacionar-se com a vulnerabilidade, entendida como um fenômeno complexo e multifatorial, no qual a falta

de conhecimento sobre sexualidade configura-se como um desses fatores (FERNANDES, 2013).

No que se refere a ocupação exercida pelos participantes, destaca-se uma diversidade de categorias profissionais (engenheiro, arquiteto, contador, gerente comercial, taxista, pedreiro, vendedor, mecânico, doméstica, entre outros) que foram agrupadas em um subgrupo denominado de Outros (52,6%). Esse achado evidencia uma pluralidade de realidades de grupos populacionais e classes profissionais vulneráveis ao contágio com o HIV, demandando do governo políticas educacionais que contemplem os seguimentos mais distintos da sociedade.

Nessa diversidade de ocupação profissional dos usuários que buscaram a PEP, os estudantes (29,4%), que representam o segundo grupo identificado, encontram-se constituídos na sua grande maioria por jovens. Trata-se do público que tem demandado grande atenção das políticas públicas, por ter sido alvo do aumento de casos de aids nos últimos anos (BRASIL, 2016a).

Dando prosseguimento, a maior parte dos usuários da PEP residem na capital, fator facilitador para a procura do serviço especializado, já que esse serviço se caracteriza referência no Estado. Em conformidade, a epidemia da aids disseminou-se a partir das grandes metrópoles, tendo como preferência os centros urbanos de alta densidade demográfica que possuem sistemas de transporte rodoviário, ferroviário ou aéreo e estavam sob constante interação com outras localidades, alastrando-se em direção aos municípios vizinhos de menor porte (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Por fim, foi identificado uma maior procura pela PEP sexual de usuários que não fizeram uso do preservativo (70%), o que remete aos constantes incentivos ao uso do método de barreira contra o HIV e do apoio das campanhas educativas que investem na prática de sexo seguro e, ainda assim, é bastante comum identificar pessoas adeptas a práticas sexuais desprotegidas, sejam elas vaginal, anal ou oral.

Dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da população brasileira (PCAP), realizada no ano de 2013, registraram que quase totalidade dos brasileiros (94%) tem conhecimento de que o uso do preservativo é a melhor forma de prevenir o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, cerca de 45% da população afirmou não ter feito uso do preservativo no último ano (BRASIL, 2016c).

Essa realidade merece atenção, pois ainda permanece a crença de alguns indivíduos de que o uso do preservativo interfira no prazer, além de prejudicar a ereção do pênis no momento do ato sexual e interromper o clima existente entre o casal, sendo utilizado muitas vezes apenas com o propósito de contracepção. Além disso o preservativo não é bem aceito em quem acredita manter um relacionamento estável com um único parceiro (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002).

Observa-se que, nos relacionamentos monogâmicos, o casal dispensa o uso do preservativo, entendido nesses casos como desnecessário, uma vez que deve haver confiança no parceiro (GARCIA et al., 2015). Outro estudo aponta a dificuldade que algumas mulheres apresentam em solicitar o uso do preservativo ao companheiro, já que estas devem confiar no marido (GUERRIERO et al., 2002).

Diante disso, torna-se evidente o enorme desafio que a equipe de saúde e as campanhas educativas enfrentam para desmistificar preconceitos e crenças populares e convencer os indivíduos a aderirem às práticas seguras de sexo, embora seja moroso modificar comportamentos e costumes culturais de uma sociedade.

Em meio a esse contexto, a equipe de saúde tem papel primordial na promoção da saúde sexual, principalmente de grupos mais vulneráveis, desenvolvendo uma atenção humanizada através do cuidado holístico e do respeito as diferenças. Bem como abordando os tabus existentes no imaginário da população, tentando romper com os preconceitos que dificultam a adesão ao preservativo, considerado como o único método capaz de prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis (LIMA et al., 2014).

Quanto ao acompanhamento clínico-laboratorial, preconizado nas condutas a serem adotadas nos serviços de saúde, para atendimento das demandas dos usuários ao uso da PEP sexual, os dados da tabela 2 chamam atenção para uma realidade que merece reflexões e adoção de estratégias que contribuam para mudança dessa realidade.

TABELA 2 - Medidas descritivas das variáveis clínico-laboratoriais de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).

Variável	Categoria	n	%
Medicação recebida no 1º atendimento	Tenofovir/Lamivudina + Atazanavir/ Ritonavir	182	90,5
	Zidovudina/Lamivudina	19	9,5
*Exames	Testagem HIV	201	100,0

realizados no 1º atendimento	VDRL	150	74,6
	Hemograma	135	67,1
	Creatinina	119	59,2
	AST/ALT	117	58,2
	Ureia	112	55,7
	Bilirrubina	78	38,8
Retorno para a 2ª consulta	Sim	19	9,5
	Não	182	90,5
Efeitos adversos na 2ª consulta	Sim	14	73,7
	Não	5	26,3
*Tipos de efeitos adversos na 2ª consulta	Náuseas	10	71,4
	Icterícia	8	57,1
	Vômitos	6	42,8
	Fadiga	5	35,7
	Cefaleia	3	21,4
	Dermatite	2	14,2
	Diarreia	1	7,1
Retorno para a 3ª consulta	Sim	31	15,4
	Não	170	84,6
Efeitos adversos na 3ª consulta	Sim	15	48,4
	Não	16	51,6
*Tipos de efeitos adversos na 3ª consulta	Icterícia	8	53,3
	Náuseas	6	40,0
	Vômitos	4	26,6
	Dermatite	3	20,0
	Diarreia	1	6,6
	Fadiga	1	6,6
Sorologia para o HIV na 3ª consulta	Sim	31	100,0
	Não	170	84,6
Resultado sorológico na 3ª consulta	Negativo	31	100,0
	Positivo	0	0,0
Retorno para a 4ª consulta	Sim	33	16,4
	Não	168	83,6
Efeitos adversos na 4ª consulta	Sim	4	12,1
	Não	29	87,9
*Tipos de efeitos adversos na 4ª consulta	Náuseas	3	75,0
	Vômitos	2	50,0
	Diarreia	2	50,0
	Fadiga	1	25,0
	Icterícia	1	25,0
Sorologia para o HIV na 4ª consulta	Sim	33	100,0
	Não	168	83,6
Resultado sorológico na 4ª consulta	Negativo	33	100,0
	Positivo	0	0,0

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

* A variável permite múltiplas opções de respostas, onde o n não corresponde ao número de participantes e sim a frequência de observações.

Em relação as características clínico-laboratorial, os dados registraram que os 201 usuários, atendidos pelo serviço de saúde, receberam os medicamentos antirretrovirais após a primeira consulta e foram orientados pelos profissionais de saúde quanto a sua correta utilização e aos retornos das consultas subseqüentes.

Vale mencionar que de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral (2015), o acompanhamento clínico-laboratorial do usuário exposto deve considerar o diagnóstico de infecção pelo vírus, a toxicidade dos medicamentos, os exames laboratoriais e o teste anti-HIV, com repetição em 30 e 90 dias, após a exposição de risco.

O esquema antirretroviral de primeira escolha para uso na PEP independe do tipo de exposição e é composto pelas drogas combinadas Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r), a serem administradas por via oral, uma vez ao dia, durante 28 dias. O estabelecimento de um esquema preferencial é importante, pois além de padronizar a prescrição em diferentes estabelecimentos de saúde, simplifica o processo para os profissionais e usuários, além de facilitar a identificação e avaliação de riscos (BRASIL, 2015).

Torna-se relevante mencionar que a última atualização do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais” substituiu o Atazanavir/Ritonavir (ATV/r) por Dolutegravir (DTG), no esquema antirretroviral da PEP. Essa alteração justifica-se pelo menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, facilitando a adesão e manejo clínico, além de possuir uma elevada barreira genética, aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida nos casos de pessoa-fonte multiexperimentada. Além disso, a introdução do DTG oferece maior segurança em relação à exposição por pessoa-fonte em uso de terapia antirretroviral, uma vez que não existem registros no Brasil de resistência transmitida a essa classe de antirretrovirais (BRASIL, 2017b). Sendo assim, por se tratar de uma atualização recente, o serviço de saúde ainda não adequou sua rotina a esse novo protocolo.

Entretanto, existem algumas contra-indicações ao esquema preferencial a exemplo de pacientes com problemas renais, cujo TDF é contra-indicado devido a sua alta toxicidade renal, sendo possível a adoção de esquemas alternativos para a PEP, que se baseiam na escolha das drogas Zidovudina (AZT)/Lamivudina (3TC) e

Lopinavir/Ritonavir (LPV/r). Porém esses esquemas possuem como desvantagens um maior número de comprimidos a serem ingeridos (BRASIL, 2015).

Verifica-se que as medicações Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r) foram as mais prescritas pela equipe médica e, como segunda opção, vieram os fármacos Zidovudina (AZT)/Lamivudina (3TC), estando em conformidade com as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (2015) que estabelece o esquema preferencial e o de segunda escolha para a PEP.

Estudo norte-americano realizado com usuários em uso da profilaxia para o HIV, após exposições sexuais, durante o período de 2000 a 2014, identificou que os usuários eram mais propensos a aderirem a regimes terapêuticos baseados em TDF do que aos demais regimes de segunda escolha por constatarem menores reações adversas (THOMAS et al., 2015).

De acordo com o *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV – United States* (2016), o Brasil acompanha as recomendações internacionais para o uso da PEP e a adesão também representa um desafio para o contexto internacional, sendo aconselhado o uso de regimes terapêuticos que minimizem os efeitos adversos, o número de doses por dia e o número de comprimidos por dose como estratégia para facilitar a adesão do usuário.

Vale lembrar que os indivíduos que procuram o serviço da PEP podem estar vivenciando um intenso estresse emocional, em decorrência da exposição de risco ao HIV, o que pode comprometer a sua capacidade de apreender as orientações e recomendações no momento da consulta. Nesse sentido, alguns profissionais de saúde consideram disponibilizar um esquema inicial da PEP para 3 a 7 dias de medicação e agendar uma visita de acompanhamento. No entanto, estudos evidenciam que a dispensação de esquemas iniciais não melhoram a adesão, tornando preferível a dispensação de todo o esquema profilático para 28 dias na primeira consulta (KIM et al., 2009; FORD et al., 2015).

Por sua vez, nas visitas de acompanhamento, os profissionais de saúde devem avaliar a necessidade de suas intervenções, orientações e realização de educação em saúde. Essa avaliação deve incluir perguntas francas e não discriminatórias sobre comportamentos sexuais, uso de álcool e outras drogas. A equipe de saúde deve ainda

ajudar os pacientes a identificarem preocupações de riscos e desenvolverem meios de enfrentamento para comportamentos de riscos (PETERSON; DI CLEMENTE, 2000).

Em relação aos exames laboratoriais para a PEP, o Ministério da Saúde (2015) recomenda, como solicitação mínima, a realização de hemograma completo, ureia, creatinina, transaminases hepáticas (AST/ALT) e glicemia, além da testagem anti-HIV. Os dados evidenciam que os exames solicitados no primeiro atendimento no serviço de saúde atendem a essa solicitação mínima estabelecida, porém o serviço ainda acrescenta na sua rotina a solicitação do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e da bilirrubina.

O exame VDRL é realizado para detecção da sífilis, considerada uma infecção sexualmente transmissível que aumenta a susceptibilidade para o HIV. A presença de lesões ou úlceras nas mucosas contribuem significativamente para a contaminação com outras infecções sexualmente transmissíveis. Sendo assim, torna-se fundamental manter a atenção na saúde sexual para prevenir essas infecções (BRASIL, 2017c).

Em relação ao exame de bilirrubina, este avalia o funcionamento do fígado, auxiliando no diagnóstico de doenças e o seu excesso no sangue manifesta-se pela coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas, denominada icterícia. Em contrapartida, não houve nenhuma solicitação de glicemia pela equipe médica para a demanda de usuários do serviço. Essa verificação seria importante pois há relatos de evolução para o diabetes mellitus, além da exacerbação de diabetes pré-existente e hiperglicemia durante o uso de inibidores da protease em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), exigindo os ajustes das doses de insulina ou de hipoglicemiantes orais para o tratamento desses eventos adversos (BRASIL, 2015).

Por conseguinte, a utilização combinada de TDF, ATV/r ou LPV/r intensifica o risco de nefropatia e a dosagem de creatinina é indicada para o estudo da função glomerular desses casos (MOCROFT et al., 2010). Dessa forma, toda pessoa que vive com HIV deve passar por uma triagem inicial, em que será avaliada a presença de doença renal. No entanto, a introdução do novo fármaco DTG no esquema profilático promete alterar a excreção da creatinina sem impactar na função renal (NUNES, 2016). Enquanto isso, usuários com distúrbios hepáticos também podem ter seu quadro agravado com o uso da PEP, sendo importante o acompanhamento laboratorial por meio dos marcadores de dano hepático, a exemplo de AST e ALT.

Sendo assim, quanto às recomendações do Ministério da Saúde para o esquema profilático (BRASIL, 2015), pode-se afirmar que o serviço de saúde especializado

encontra-se em conformidade com o protocolo. Em relação ao acompanhamento clínico-laboratorial, a instituição não solicita o exame de glicemia e ainda acrescenta a sua rotina de prescrição o VDRL e bilirrubina. Esse fato pode ser explicado por alguma especificidade identificada pela equipe médica ao solicitar determinados exames em relação a outros.

Portanto, o serviço de saúde especializado do presente estudo, consolida-se como referência estadual no atendimento aos usuários e prevenção do HIV, por meio de uma assistência sistematizada e individualizada, contribuindo para o sucesso da profilaxia.

O retorno ao serviço de saúde para a segunda consulta foi concretizado por apenas 19 (9,5%) dos usuários que receberam o esquema antirretroviral na primeira consulta. Desses, 14 (73,7%) relataram efeitos adversos após início da terapia antirretroviral, sendo mais relatados as náuseas, icterícia, vômitos, fadiga, cefaleia, dermatite e diarreia.

O surgimento de efeitos adversos, decorrentes do uso de antirretrovirais, pode favorecer a procura do serviço de saúde pelo usuário. Sabe-se que mais de 50% das pessoas que fazem uso desses medicamentos relatam algum grau de intolerância, sendo os mais comuns, problemas gastrointestinais, cefaleia e fadiga, além de discretas alterações laboratoriais (BRASIL, 2010).

Nas fichas dos usuários que compareceram ao serviço de saúde, para as consultas subsequentes, observou-se que apenas 31 (15,4%) usuários retornaram para a terceira consulta, dentre os quais 15 (48,4%) relataram a equipe médica o surgimento de icterícia, náuseas e vômitos. Quanto ao resultado sorológico desses usuários que compareceram para a referida consulta, todos apresentaram sorologia negativa para o HIV.

A sorologia anti-HIV é um teste sanguíneo de rápida verificação que detecta a presença de anticorpos para o vírus, podendo estabelecer o diagnóstico em até 30 minutos, indicando um resultado sorológico positivo, caso usuário esteja infectado, e negativo, se não infectado (BRASIL, 2009c).

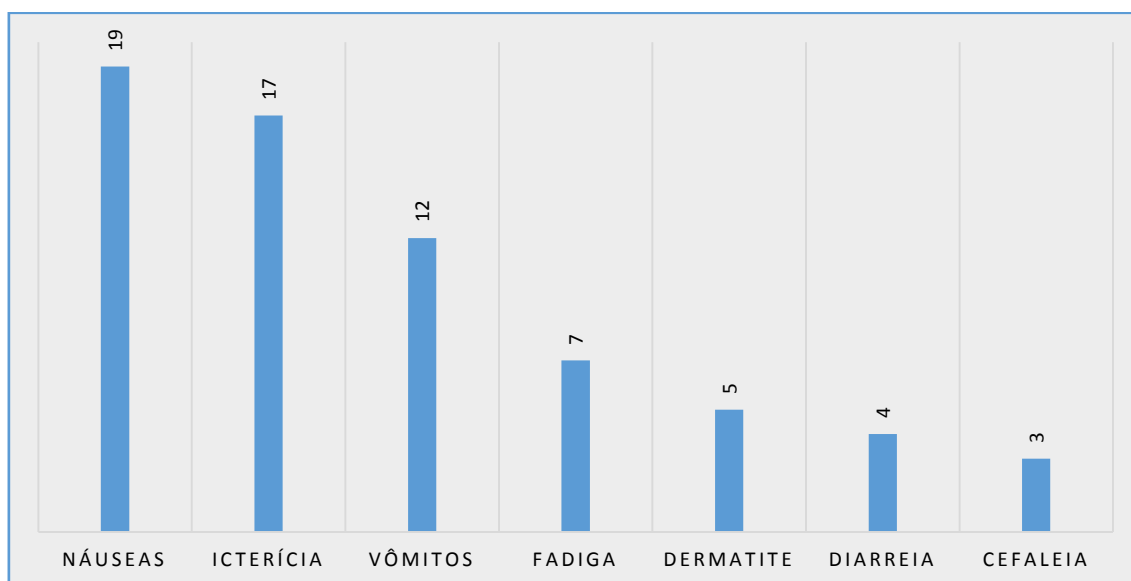
Por fim, apenas 33 (16,4%) dos 201 usuários retornaram ao serviço para a 4ª e última consulta, dos quais, 4 (12,1%) referiram efeitos gastrointestinais, como náuseas, vômitos e diarreia. Todos apresentaram resultado sorológico negativo para o HIV, indicando que não houve soroconversão.

Nesse aspecto, merece refletir acerca dos 168 usuários que não retornaram ao serviço de saúde para a última consulta e realização do teste anti-HIV, deixando em aberto a sua condição sorológica. Esses casos demonstram a importância de um serviço no hospital que realize a busca ativa desses usuários, a fim de identificar possíveis casos de soroconversão e dar início precoce ao tratamento, evitando adoecimentos e internações.

Em consonância, estudos internacionais identificaram que a adesão à PEP na maioria das vezes é ineficiente, o que torna necessário o uso de algumas estratégias que promovam uma melhor adesão. São elas: prescrição de medicamentos com menos efeitos colaterais, menos doses por dia e menos comprimidos por dose; fornecimento de orientações claras e concisas para os usuários sobre possíveis efeitos colaterais dos medicamentos prescritos, além de oferecer medicações sintomáticas, sempre que necessário; ajudar os pacientes a incorporarem as doses em seus horários diários, criando um hábito; e proporcionar meios para contato entre o usuário e o serviço de saúde. Além disso, estabelecer um relacionamento de confiança entre profissional de saúde e usuário e manter uma boa comunicação podem contribuir para uma maior adesão à PEP (CHANDWANI et al., 2012; KOENIG; LYLES; SMITH, 2013).

Para uma melhor compreensão dos efeitos adversos, decorrente do uso dos antirretrovirais pelos usuários, o gráfico 1 abaixo representa os tipos e a frequência desses efeitos.

GRÁFICO 1 – Efeitos adversos da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV relatados pelos usuários de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017.



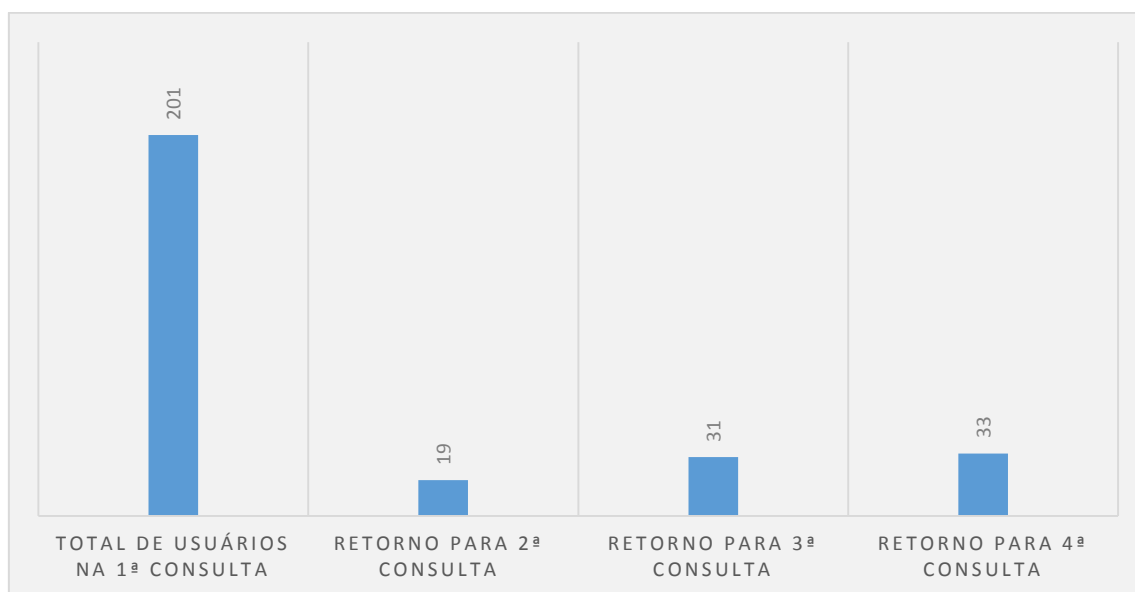
Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

Verifica-se que, náuseas, icterícia e vômitos se destacaram entre os demais efeitos adversos dos usuários, totalizando 48 relatos. Em geral, os efeitos adversos são tratados com medicações sintomáticas de forma que o usuário não necessite interromper a profilaxia (BRASIL, 2015). Em razão da persistência desses efeitos pode-se realizar a alteração da droga causadora do efeito, tendo em vista a importância de completar o regime profilático, criando estratégias que viabilize a adesão do usuário (MEDEIROS et al., 2007).

Logo, torna-se necessário refletir o conceito de adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual para o HIV, pois os 201 usuários que iniciaram o esquema profilático não retornaram ao serviço para todas as consultas de acompanhamento clínico e laboratorial estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Diante desse contexto, esse estudo permitiu identificar uma adesão parcial, na qual 83 usuários (41,3%) retornaram ao serviço em alguma das consultas preconizadas, além de constatar a não adesão em 118 (58,7%) usuários, que não retornaram em nenhuma das consultas programadas.

Sendo assim, o gráfico 2 apresenta o total de usuários que iniciaram a PEP sexual comparado à quantidade de retornos para as consultas pré-determinadas.

GRÁFICO 2 – Comparativo entre usuários que iniciaram a Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV e os retornos às consultas subsequentes em um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n=201).



Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

Vale esclarecer que o fato do usuário não ter comparecido as consultas pré-determinadas, para o acompanhamento clínico, não significa afirmar, necessariamente, que não houve adesão à profilaxia, uma vez que os antirretrovirais são disponibilizados aos usuários para serem tomados em domicílio.

Pode-se compreender a adesão como uma escolha do usuário de aceitar participar ou não de determinadas recomendações que lhes são sugeridas e/ou impostas. A adesão de procedimentos e terapêuticas está intimamente associada à eficácia do tratamento, à cura da doença, ao controle de uma patologia crônica e a sua prevenção (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

É importante mencionar que não foi possível identificar, no total de usuários investigados, quantos seguiram e quantos não seguiram a profilaxia integralmente, por ter havido, conforme apresentado, ausências no comparecimento às consultas de acompanhamento. Portanto, garantir o acompanhamento clínico é parte importante para a adesão farmacológica, através do tratamento dos efeitos adversos e avaliação sobre dificuldades que possam comprometer a adesão.

Estudo destaca que quando os antirretrovirais são utilizados profilaticamente, como é o caso da PEP, o fato dos indivíduos serem geralmente saudáveis ou assintomáticos pode não constituir um fator motivacional para o seguimento da profilaxia (BLASHILL et al., 2015). Quando associado a este aspecto, há os efeitos colaterais e adversos, ressaltando-se a necessidade de intervenções de estímulo a adesão por ocasião do acompanhamento clínico.

De acordo com o *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after sexual, injection drug use or other nonoccupational exposure to HIV - United States* (2016) são encontradas dificuldades na adesão entre a maioria dos usuários com relação à manutenção das doses diárias dos antirretrovirais, além da falta de aderência às consultas clínicas de seguimento da profilaxia para realização de testes e demais cuidados necessários. Por conseguinte, a falta do seguimento clínico desses usuários representa um obstáculo para verificar a adesão à PEP também no contexto internacional.

Ademais, é importante destacar as estratégias empregadas para melhorar a eficácia das intervenções preventivas, cuja combinação de abordagens contemplam a terapia cognitivo-comportamental e a entrevista motivacional. A terapia cognitivo-comportamental utiliza a estrutura biopsicossocial na compreensão dos fenômenos

relativos a psicologia humana e se baseia na associação de técnicas terapêuticas. Além disso, contribui para mudanças nas contingências de reforçamento e as transformações em nível cognitivo que são significativas para efetuar mudanças comportamentais. Com isso, salientam a relevância da modificação dos pensamentos em relação às emoções e aos comportamentos (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

A entrevista motivacional foi utilizada inicialmente para aconselhamentos sobre o uso de drogas e, posteriormente, foi designada para mudar outros comportamentos de riscos. Caracterizada como uma intervenção de comunicação, centrada na pessoa, respeitando sua autonomia, auxilia os indivíduos numa mudança comportamental positiva, por meio da condução de um diálogo focado na motivação, um dos fatores imprescindíveis para a eficácia de um tratamento. Sua efetividade foi constatada em um estudo que evidenciou, após a técnica da entrevista, a redução no consumo de álcool, na carga viral e nas práticas sexuais desprotegidas (MBUAGBAW; YE; THABANE, 2012; SOUZA et al., 2012).

A tabela 3 evidenciou a razão de prevalência para as variáveis consideradas no estudo que podem influenciar na adesão ao tratamento, sendo dicotomizado em adesão e não adesão.

TABELA 3 - Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas relacionadas com a razão de prevalência para a não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).

Variável	Categoria	Adesão		Razão de Prevalência (RP)	IC a 95%
		Não	Sim		
Sexo	Masculino	125(77,6)	36(22,4)	0,99	0,83 a 1,20
	Feminino	31 (77,5)	9 (22,5)		
Faixa etária	15 a 29	88 (81,4)	20 (18,6)	1,11	0,89 a 1,38
	30 a 39	43 (72,8)	16 (27,2)	0,99	0,77 a 1,28
	40 a 59	25 (74,5)	9 (25,5)	1,00	-
Raça	Parda	118(77,1)	35 (22,9)	1,00	0,84 a 1,21
	Branca	33 (76,7)	10 (23,3)		
Orientação sexual	Heterossexual	104(81,2)	24 (18,8)	1,14	0,96 a 1,35
	Homossexual	52 (71,2)	21 (28,8)		
Estado civil	Solteiro	125(77,6)	36 (22,4)	0,98	0,81 a 1,18
	Casado	27 (79,4)	7 (20,6)		
Escolaridade	Fundamental 2	13(68,4)	6 (31,6)	1,00	-
	Médio	73 (82,0)	16 (18,0)	1,20	0,87 a 1,65
	Superior	69 (75,8)	22 (24,2)	1,11	0,80 a 1,54

Procedência geográfica	Capital	122(76,2)	38 (23,8)	1,09	0,92 a 1,28
	Interior	34 (82,9)	7 (17,1)		
Circunstância da exposição	Não uso do preservativo	116(78,9)	31(21,1)	1,06	0,89 a 1,27
	Rompimento do preservativo	40 (74,0)	14(26,0)		

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

Verifica-se que as variáveis sociodemográficas não apresentaram significância do ponto de vista estatístico sobre a não adesão do usuário a PEP. Porém, devem ser consideradas, pois representam informações importantes a respeito dos dados dos usuários que iniciaram a profilaxia. Do total de 201 usuários investigados, observa-se que a probabilidade de não adesão foi maior para faixa etária de 15 a 29 anos (81,4%), heterossexuais (81,2%), nível de escolaridade médio (82%) e circunstância de exposição pelo não uso do preservativo (78,9%)

Para uma análise sobre as categorias das variáveis que apresentaram maior probabilidade de não adesão, aplicou-se o modelo de regressão logística binária (HAIR, 2005) tendo como variável dependente a Adesão dicotomizada. O teste *Omnibus*, que decide sobre a utilização deste modelo, apresenta valor-p < 0,001 para a hipótese de nulidade dos parâmetros. O coeficiente R-dois de Nagelkerke mostra que 39,1% da variabilidade da adesão pode ser explicada pelas variáveis escolhidas para este modelo.

A estimativa dos parâmetros necessitou apenas de quatro interações para alcançar uma precisão de 0,001. O teste de adequação de Hosmer-Lemeshow apresentou valor-p = 0,140 (>0,05), permitindo decidir pela hipótese nula de que o modelo é adequado para os dados observados. Na matriz de classificação entre adesão observada e prevista pelo modelo obtém-se 77,2% de acerto geral com sensibilidade de 99,3% e baixa especificidade, com apenas 2,3%. Portanto, estas variáveis podem servir para classificar corretamente a não adesão, porém apresentaria uma discrepância na classificação da adesão.

Nesse aspecto, a Tabela 4 abaixo representa o resultado da aplicação do modelo estatístico de regressão logística dicotômica para a não adesão. Os riscos para a faixa etária foram dados em relação à categoria de referência (40 a 59 anos), cujo risco é considerado igual a 1, como em toda categoria de referência que serve de medida de risco para confrontar as demais e assim todas serem comparáveis entre si.

TABELA 4 - Regressão logística binária para a variável dependente não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).

Variável	B	EP	Wald	gl	Valor-p	Razão de Prevalência	IC a 95%
Faixa etária	-	-	3,359	2	0,186	-	-
15 a 29	0,627	0,391	2,576	1	0,109	1,872	0,870 a 4,026
30 a 39	-0,113	0,325	0,122	1	0,727	0,893	0,472 a 1,689
40 a 59	-	-	-	-	-	1,000	-
Sexo	-0,642	0,475	1,827	1	0,177	0,526	0,207 a 1,335
Orientação sexual	0,810	0,445	3,309	1	0,069	2,249	0,939 a 5,384
Raça	-0,096	0,229	0,174	1	0,676	0,909	0,580 a 1,424
Estado civil	-0,242	0,520	0,217	1	0,641	0,785	0,283 a 2,174
Escolaridade	-0,290	0,239	1,477	1	0,224	0,748	0,468 a 1,195
Procedência geográfica	0,226	0,423	0,286	1	0,593	1,254	0,547 a 2,873
Circunstância da exposição	0,107	0,352	0,092	1	0,762	1,113	0,558 a 2,221

Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.
 Legenda: B = parâmetro estimado; EP = Erro Padrão; Wald = Estatística de Wald; gl = grau de liberdade; Valor-p = Decide sobre a significância de B; IC a 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

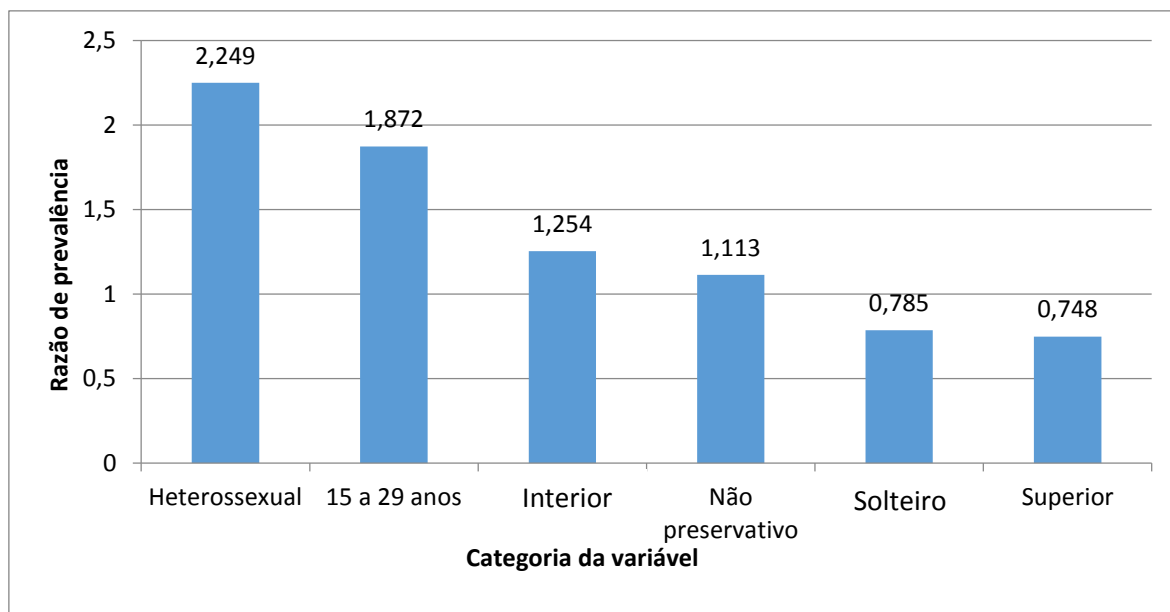
Considerando o exposto, as variáveis não apresentaram influência sob o ponto de vista do método estatístico (Valor-p > 0,05), porém pode-se avaliar as diferenças que podem ser atribuídas à percepção clínica, uma vez que representam dados obtidos da realidade do serviço .

A vantagem de analisar essas influências com o modelo de regressão logística é que as variáveis fazem parte de um sistema multivariado, enquanto que na Tabela 3 cada influência é avaliada como se as demais não existissem.

Sendo assim, este modelo confirmou que a maior probabilidade de não adesão foi atribuído as seguintes variáveis: faixa etária, orientação sexual, procedência geográfica e circunstância da exposição.

A razão de prevalência no gráfico 3, a seguir, identifica as variáveis que mais se relacionaram com a adesão ou a não adesão. Logo, quanto maior o valor da razão de prevalência, maior sua associação com a não adesão e, conseqüentemente, quanto menor sua associação com a não adesão, maior é sua associação com a adesão.

GRÁFICO 3 - Razão de prevalência para a adesão e não adesão à Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de usuários de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201)



Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

Pode-se verificar que a não adesão está associada às categorias: heterossexual, faixa etária de 15 a 29 anos, residir no interior e não uso do preservativo. Enquanto que as variáveis identificadas para a adesão à profilaxia foram os indivíduos das categorias: estado civil solteiro e nível de escolaridade superior.

Com isso, observa-se que, em geral, maiores investimentos em ações educativas, dirigidas principalmente para as populações mais sexualmente ativas contribuem para a promoção da saúde sexual e reprodutiva da população. No entanto, constata-se que a educação sexual nas escolas brasileiras é de pouca efetividade, devido a fragilidades existentes no processo educativo, culminando no crescente número de infecções pelo HIV entre a população jovem (NEVES; ROMERO, 2017).

Tais fragilidades dizem respeito à deficiência na capacitação dos profissionais para abordar a temática da sexualidade nas instituições escolares, falta de material didático adequado, carência de recursos financeiros, a não inclusão da questão da sexualidade no componente curricular das escolas, além da resistência dos pais (NEVES; ROMERO, 2017).

Além disso, a distribuição de preservativos nas escolas como forma de promover o sexo seguro, é visto como incentivo, sendo censurado pela maioria dos pais, o que dificulta as ações de educação em saúde e sexualidade (LOMBARDI, 2014).

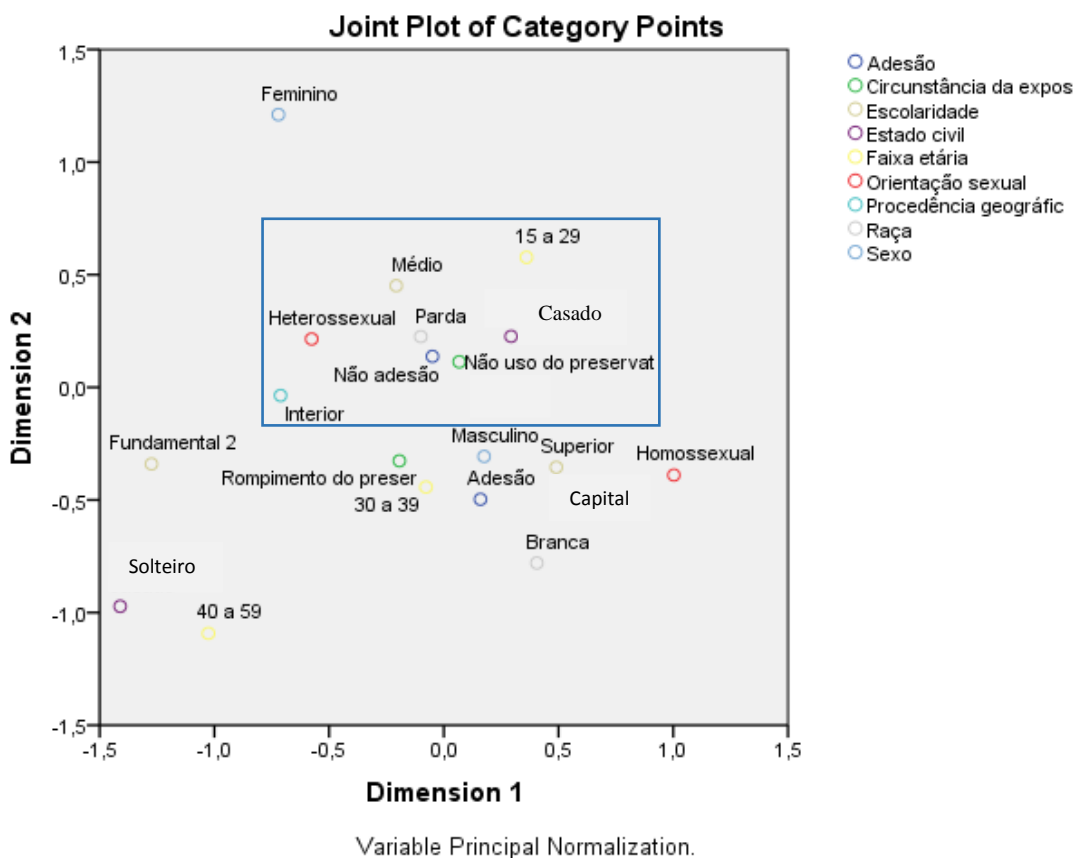
Vale mencionar que, a variável não uso do preservativo foi comparada a rompimento do preservativo, o que justifica o seu aparecimento como fator para não adesão. Diversos fatores podem favorecer a resistência das pessoas em aderirem ao uso constante do preservativo. São questões complexas que envolvem a confiança no parceiro, o medo de gerar desconfianças, falta de espontaneidade sexual, desconforto com o uso do preservativo, podendo dificultar a ereção, diminuição do prazer masculino e feminino, associação do preservativo com comportamentos promíscuos e o receio de ser associado a algum grupo de risco pelo simples fato de solicitar o uso do preservativo (CAPARICA, 2016).

Por essa razão, a maioria dos usuários que apresentaram maior adesão à PEP, por rompimento do preservativo, pode refletir uma preocupação maior com o uso dessa proteção que, de maneira inesperada, veio a falhar, motivando o indivíduo a procurar pelo serviço de saúde para dar início a profilaxia.

Nesse sentido, ao pensar em intervenções educativas para esta realidade, deve-se considerar as representações de indivíduos, quanto aos seus valores, crenças e hábitos. Uma vez que, essas crenças são alheias a lógica do conhecimento científico, devem ser consideradas como particularidades inerentes a cada ser humano e de suma importância para as estratégias de cuidado e prevenção de doenças (MARQUES; TYRRELL; OLIVEIRA, 2013).

Para determinar a associação entre as categorias das variáveis (Figura 1) com a adesão, utilizou-se o modelo estatístico Análise de Correspondência, que tem o propósito de mostrar, em uma imagem, uma representação geralmente em duas dimensões onde as categorias das variáveis ficam próximas ou distantes (MOTA et al., 2007). Vale registrar que quanto maior a proximidade entre as categorias maior é a associação entre elas, permitindo assim identificar as categorias mais associadas à adesão ou a não adesão a PEP.

FIGURA 1 - Análise de correspondência múltipla para as variáveis sociodemográficas de usuários da Profilaxia Pós-Exposição Sexual ao HIV de um serviço de saúde em João Pessoa-PB, 2017 (n= 201).



Fonte: Dados da Vigilância Epidemiológica e SAME do CHCF, João Pessoa-PB, 2017.

A importância de cada dimensão é calculada por meio de uma medida percentual da representatividade de cada um dos dois eixos, denominada de inércia (INFANTOSI, 2014). A dimensão 1 apresentou inércia de 20,5% e a dimensão 2 o percentual de 17,0%, portanto, as duas dimensões possuem praticamente a mesma importância no poder explicativo das associações das categorias das variáveis com a adesão.

Dessa forma, as variáveis que mais influenciaram para a não adesão à PEP, referem-se a heterossexual, raça parda, estado civil casado, nível de escolaridade médio, faixa etária de 15 a 29 anos, residir no interior e não usar o preservativo.

Com relação as categorias que não aderiram à PEP, a população heterossexual, embora tenha sido a que mais procurou o serviço de saúde para iniciar a profilaxia, foi a categoria que menos apresentou adesão. A raça parda foi a mais declarada pelos

usuários do serviço em função da grande miscigenação de raças na Paraíba. A procedência geográfica interior, revela um obstáculo maior para a locomoção desses usuários até o serviço de saúde localizado na capital.

Por conseguinte, a faixa etária de 15 a 29 anos, estado civil casado, nível de escolaridade médio e não uso do preservativo, sugerem a necessidade de se intensificar as práticas educativas em saúde, abordando os mitos e os preconceitos no que concerne o uso do método de barreira contra o HIV.

A diversidade de contextos das formas de disseminação do vírus representa um grande desafio para o acompanhamento de sua trajetória, além do desenvolvimento de políticas de prevenção e medidas de saúde (GARCIA et al., 2015).

Diante dessa realidade, vários esforços tornam-se necessários para vencer tamanho impasse, como estratégias de aconselhamento, por exemplo, que desenvolvam ações educativas de conscientização no contexto da aids, no sentido de aumentar sua prevenção (BARROSO et al., 2010).

Com isso, pode-se afirmar que a adesão à PEP sexual configura-se como um grande desafio, tanto para os profissionais de saúde, que buscam garantir a participação do usuário junto ao tratamento, quanto para os próprios usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início da PEP sexual por 201 usuários e a prevalência dos que não retornaram às consultas de acompanhamento e, conseqüentemente, a não realização do teste sorológico anti-HIV, para verificação de possível soroconversão, ressalta a necessidade do desenvolvimento de estratégias de busca ativa e garantia do seguimento clínico desses usuários.

As categorias com maior probabilidade de não adesão à PEP foram atribuídas as variáveis: faixa etária de 15 a 29 anos, raça parda, estado civil casado, orientação sexual heterossexual, nível de escolaridade médio, procedência geográfica interior e exposição sexual devido ao não uso do preservativo.

Na amostra pesquisada, a predominância da PEP sexual se deu pelo sexo masculino, faixa etária de 15 a 29 anos, raça parda, orientação sexual heterossexual e estado civil solteiro. Quanto à escolaridade, o nível superior, seguido pelo médio e ocupação profissional de diversas categorias, seguida pelos estudantes. A procedência geográfica foi capital e a circunstância de exposição se deu pelo não uso do preservativo.

A maior representatividade de usuários com escolaridade de níveis superior e médio pressupõe que a maioria dos usuários da PEP deveriam possuir níveis educacionais condizentes para a prevenção do HIV. No entanto, esse público foi exposto ao vírus, o que contribui para questionamentos sobre um maior conhecimento dessas pessoas acerca do contágio pelo HIV, tal como o uso de práticas preventivas. Por outro lado, as pessoas com menos escolaridade podem desconhecer a oferta da profilaxia, bem como a existência do serviço de saúde que a oferece, acarretando assim na menor procura desse grupo pela PEP.

Esse contexto também reforça a necessidade de fortalecer as estratégias de educação sexual que promovam a redução de adoecimentos e ônus financeiros com tratamentos, podendo esses recursos serem revertidos para capacitação de professores, treinamento de profissionais, melhorias das metodologias de ensino, desenvolvimento de novas campanhas educativas e pesquisas na área de HIV/Aids, valorizando as ações de promoção de saúde, em detrimento do modelo curativo e medicalizante.

Diante dessa realidade diversos fatores podem favorecer a adesão, entre elas destacam-se: a educação permanente dos profissionais de saúde, uma rede de apoio social, suporte psicológico e familiar, aconselhamento profissional visando o entendimento do indivíduo acerca da profilaxia, motivando o autocuidado do usuário, a disponibilidade de recursos materiais e humanos, o tratamento de sintomas depressivos, o não uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas e tolerância medicamentosa.

Sendo assim, verifica-se que vários determinantes, que estão enraizados nos costumes e cultura de um povo e perpassam a lógica do conhecimento, podem influenciar no processo complexo que envolve a adesão à PEP sexual. Com isso, torna-se fundamental desmistificar preconceitos e mitos, além do entendimento que o processo de cuidar exige do profissional de saúde a prática da alteridade e o estabelecimento de redes de apoio.

O sucesso da adesão abrange uma combinação de elementos como atitude, determinação, comprometimento, monitoramento, autorregulação e o apoio de uma equipe multiprofissional e família, que atue junto às dificuldades biopsicossociais dos usuários, a fim de viabilizar a solicitude, diligência e atenção que envolvem esse ato.

Para tanto, é importante que o profissional de saúde perceba os indivíduos de forma holística, reconhecendo-os como seres humanos únicos e produtos do meio em que vivem, valorizando diferentes contextos e realidades. Ademais, deve-se primar por um ambiente que possibilite ao usuário a exteriorização de seus medos, angústias, dúvidas e dores, com foco na formação de vínculos que contribuam positivamente para o enfrentamento e superação das representações negativas que afetam a saúde, bem como, facilitem as estratégias de adesão.

Dessa forma, garantir o acompanhamento clínico do usuário ainda deve ser valorizado para a adesão farmacológica, através do monitoramento dos sintomas indesejáveis e avaliação acerca das dificuldades que possam comprometer essa adesão.

O estudo permitiu refletir que o fato do usuário não ter comparecido às consultas estabelecidas, para o acompanhamento clínico-laboratorial, não significa afirmar que não houve adesão à PEP sexual, uma vez que os antirretrovirais são disponibilizados aos usuários para serem tomados em domicílio. Essa limitação do conceito de adesão, adotado para o presente estudo, sugere a necessidade de novas pesquisas visando aprimorar e refinar o conceito de adesão à PEP sexual, dando prosseguimento ao estudo da profilaxia pós-exposição sexual para o HIV.

REFERÊNCIAS

BARROSO, L.M.M. et al. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti HIV em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. **Espaço Saúde**. v. 12, n. 1, p. 23-29, 2010.

BINFORD, M. C.; KAHANA, S.Y.; ALTICE, F. L. A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV- infected people who use drugs. **Curr. HIV/AIDS Rep**. v. 09, n. 04, p. 287-312, 2012.

BLASHILL, A.J. et al. Optimizing adherence to preexposure and postexposure prophylaxis: the need for an integrated biobehavioral approach. **Clinical Infectious Diseases**. v. 60, n. 03, p. 187-190, 2015.

BOLETIM INFORMATIVO. Profilaxia pós-exposição sexual (pep sexual): o que é e quando está indicada. Replatina-Soluções Inovadoras em Saúde Sexual e Reprodutiva. 2015.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. ABC Redução de Danos, Florianópolis, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n.165, p.61, 27 de ago 2009b.

_____. Portaria nº. 151, de 14 de julho de 2009. Determina o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Diário Oficial da União 16 out 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Suplemento III-2008, tratamento e prevenção. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Ano II, nº 01. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. História da Aids. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV Aids. Ano V, nº 01. Brasília, 2016a.

_____. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. – Brasília: Ministério da Saúde, 166 p., 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 123 p., 2017c.

BAHLS, S.C.; NAVOLAR, A.B.B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**. Curitiba, n.04, jul 2004.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-17, mar.-abr., 2001.

CAMPOS, C.G.A.P. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Rev. Min. Enferm.** v. 18, n. 02, p. 310-314, abr/jun 2014.

CAPARICA, M. Por que as pessoas não querem usar preservativo quando fazem sexo? Como a percepção de risco, aversão à camisinha e o cansaço de prevenção afetam a prevenção do HIV. Ladobi, 2016. Disponível em: <<http://www.ladobi.com.br/2016/11/nao-usa-preservativo/>>. Acesso em: 26 abr 2018.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L. A política de atenção a saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 659-678, 2009.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, M.B. Juventudes e sexualidade. UNESCO 2004. Edição publicada pelo Escritório da UNESCO no Brasil; 2004.

CAULYT, F. Aids avança entre os jovens brasileiros. **Revista Digital Carta Capital**, 2014. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/aids-avanca-entre-os-jovens-brasileiros-5590.html>>. Acesso em: 13 set 2016

CHANDWANI, S. et al. Predictors of antiretroviral medication adherence among a diverse cohort of adolescents with HIV. *J. Adolescent Health*. v. 51, n. 03, p. 242-251, 2012.

COSTA, A. E. Da miscigenação ao pluriculturalismo: questões em torno da ideologia pós-racial e a política da diferença no Brasil. **Revista Latino-Americana de direitos humanos**, v. 6, n. 2, p. 40-54, 2015.

DOURADO, S.B.I. Inquérito sociocomportamental sobre práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da internet. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Salvador v. 14, n. 3, p. 423-34, 2011.

FARIA, E.R. et al. Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 30, n. 2, p. 197-203, 2014.

FERNANDES, N.M. Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

FORD, N. et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. **PubMed**. London- England, v. 28, n. 18, p. 2721-7, nov. 2014.

FORD, N. et al. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. **Clin. Infect. Dis.**, Suppl 3, p. 182-186, 2015.

GARCIA, S. et al. Práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **Demografia em debate**, v.2, p. 417-447, 2015.

GONÇALVES, J. Brasil avança na meta 90/90/90 para limitar novas infecções por HIV. 2017. Disponível em: <https://www.bonde.com.br/saude/hiv-36-anos/brasil-avanca-na-meta-90-90-90-para-limitar-novas-infeccoes-por-hiv-454073.html>. Acesso em: 18 mai 2018.

GONZALEZ, J.S. et al. Depression and HIV/ AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.** v. 58, n. 02, p. 181-187, 2011.

.GIV. GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. PEP sexual: Profilaxia Pós Exposição Sexual. 2016. Disponível em: <www.giv.org.br/HIV-e-AIDS/PEP-Profilaxia-Pós-Exposição/index.html>. Acesso em: 18 mai 2016.

GUERRIERO, I. et al. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4 supl., p. 50-60, ago., 2002.

GUERRIERO, I.; AYRES, J.R.C.M; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. São Paulo, **Revista Saúde Pública**, n.36, v.04, p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, B.T.; CARDOSO, V.G.; SILVA, Z.S.S.B. Práticas de sexo seguro por acadêmicos de Enfermagem de uma faculdade do estado do Tocantins no ano de 2012. **Revista científica do ITPAC**, Araguaiana, v. 6, n. 1, 2013.

HAIR, J.F. et al. Análise Multivariada de Dados. 5ª Ed. Bookman. 2005.

INFANTOSI, A. F. C. et al. Análise de correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, n. 3, p. 473-486, mar. 2014.

IRVINE, C. et al. Efficacy of HIV Postexposure Prophylaxis: Systematic Review and Meta-analysis of Nonhuman Primate Studies. **Clin. Infect. Dis.**, 60 (Suppl 3), p.165–9, 2015.

KIM, J.C. et al. Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse Intervention Study. **BMJ**, 2009.

KOENIG, L.J.; LYLES, C.; SMITH, D.K. Adherence to antiretroviral medications for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from trials and treatment studies. **Am. J. Prev. Med.** v. 44, n. 01, p. 91-97, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LIMA, D.J.M. et al. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 886-90, 2014.

LOMBARDI, C.A. Relatório final da avaliação, com artigo de proposição de cenários para o aprimoramento da política pública de educação em sexualidade, mapeamento de boas práticas nacionais e internacionais. Brasília: UNESCO, mar. 2014.

LOUREIRO, L.A. et al. Adesão de profissionais de Enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 02, p.303-308, 2009.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 02, p. 242-248, 2008.

MARQUES, S.C.; TYRRELL, M.A.R; OLIVEIRA, D.C. As práticas educativas na prevenção do HIV/Aids das usuárias da rede básica de saúde do Rio de Janeiro/Brasil. **REME**, v. 17, n. 03, p. 538-546, 2013.

MBUAGBAW, L; YE, C.; THABANE, L. Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. **Cochrane Library**, September 2012.

MEDEIROS, E.A.S. et al. Eventos adversos relacionados à profilaxia antirretroviral em acidentes ocupacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n.02, p. 294-296, 2007.

MOCROFT, A. et al. Estimated glomerular filtration rate, chronic kidney disease and antiretroviral drug use in HIV positive patients. **AIDS**, v. 24, p. 1667-78, 2010.

MOTA, J.C. et al. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciência e saúde coletiva** v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

NEVES, M.B.; ROMERO, L.C. A política brasileira de prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na escola e o papel das Organizações das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 38, n. 141, p. 983-997, 2017.

NUNES, E.P. Terapia antirretroviral e função renal. **BJID Educação Médica Continuada**, v, 02, n. 03, jul 2016.

OLDENBURG, C.E. et al. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: A systematic review and meta-analysis. **National Institutes of Health-AIDS Behav.** v. 18, n, 02, p. 217-225, 2014.

OLIVEIRA, C.A.; ALMEIDA, L.C.G. HIV/Aids e violência: situações de vulnerabilidade entre as mulheres. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.37, n.4, p. 1029-41, 2013.

PARKER, R. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora Best Seller, 2000.

PEREIRA, L.H.L. Por que a camisinha sempre estoura? Saiba os erros comuns! Clínica de Andrologia, Santa Catarina, 2016. Disponível em: < <https://www.andrologia.com.br/7-erros-ao-usar-camisinha-masculina/>>. Acesso em: 17 dez 2016.

PETERSON, J.; DI CLEMENTE, R. *The Handbook of HIV Prevention*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum; 2000.

PINHO, M.D. et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 277-94, jul./dez., 2002.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROCÓPIO, E.V.P. et al. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 06, p. 1961-1969, 2014.

REIS, R.K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV-Aids. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

ROLIM, S.R. et al. Conhecimento e acesso aos programas de educação sexual e prevenção da Aids: um estudo com adolescentes escolares. **Aletheia**. v. 49, n. 2, p. 110-121, 2016.

SANTOS, D.L.; KOYAMA, G.M.; ALMEIDA, J.W.R. Regimes de profilaxia após exposição ocupacional ao HIV: Revisão de literatura. **Saúde, Ética & Justiça**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2010.

SIGNORELLI, C. et al. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. **European Journal of Public Health**, v. 16, n. 05, p. 498-504, 2006.

SOUSA, R.C.; BATISTA, F.E.B. *Política pública de saúde no Brasil: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde-SUS*, Tocantins, 2012.

SOUZA, F.P. et al. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. **Aletheia**, n. 38/39, dez 2012.

TAYLOR, S.W. et al. Optimizing content for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) counseling for men who have sex with men: Perspectives of PrEP users and high-risk PrEP naïve men. **National Institutes of Health-AIDS Behav.** v. 18, n. 05, p. 871-879, 2014.

TERRA, M.F. *A vulnerabilidade programática de mulheres vítimas de violência doméstica às DST/HIV/AIDS no Brasil: análise de documentos norteadores da assistência [Monografia]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

THOMAS, R. et al. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and incidence of HIV seroconversion in a major North American cohort. **Plos One Journal**. v. 10, n. 11, 2015.

11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em 17 abr 2018.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf>. Acesso em: 12 mar 2018.

UNITED STATES. Office of National AIDS Policy. National HIV/AIDS Strategy for the United States. Washington, DC: The White House, 2010.

UNITED STATES. Centers for disease control and prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV. United States, 2016.

VAN DAMME, L. et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. **N Engl. J Med.** v. 367, n. 5, p. 411-422, Aug 2012.

VILELA, A.P.M. et al. Tendência da AIDS segundo categoria exposta na Microrregião São Mateus, no Espírito Santo e no Brasil, no período de 1999 a 2008. **Revista Baiana Saúde Pública.** Bahia, v. 36, n. 2, p. 396-407, 2012.

WONG, C.S. HIV Prevention: The Promise of Pre-Exposure Prophylaxis in Singapore. **Annals Academy of Medicine,** v. 46, n. 07, July 2017.

ZIMMER, R. HIV Postexposure Prophylaxis starter packs were not designed to help or hinder adherence. **Clinical Infectious Diseases.** v. 62, n. 05, p. 667-668, 2016.

APÊNDICES



APÊNDICE A
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DOS DADOS SOBRE ADESÃO
DO USUÁRIO À PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL PARA
O HIV

- 1- Instituição do atendimento:** CHCF **Número do Prontuário:** _____
- 2- Ano da ocorrência:** _____ **3- Idade:** ____ **4- Sexo:** 1.() Feminino 2.() Masculino
- 5- Orientação sexual:** 1.() Heterossexual 2.() Homossexual
- 6- Raça:** 1.() Parda 2.() Negra 3.() Branca
- 7- Estado civil:** 1.() Solteiro 2.() Casado 3.() Viúvo 4.() Divorciado 5.() União estável
- 8- Escolaridade:** 1.() Analfabeto 2.() Fundamental 1 3.() Fundamental 2
 4.() Médio 5.() Superior 6.() Pós-graduação
- 9- Ocupação:** _____
- 10- Circunstância de exposição:**
 1.() Não uso do preservativo 2.() Rompimento do preservativo
- 11- Procedência geográfica:** 1.() Interior 2.() Capital
- 12- Recebimento da primeira dose do esquema de profilaxia no primeiro atendimento:**
 1.() Sim 2.() Não
- 13- Dispensação pelo serviço dos antirretrovirais do esquema da PEP para os 28 dias no primeiro atendimento:** 1.() Sim 2.() Não
- 14- Tipos de medicações recebidas no primeiro atendimento:** 1.() Tenofovir/Lamivudina
 2.() Atazanavir/Ritonavir 3.() Zidovudina/Lamivudina
- 15- Tipos de exames realizados no primeiro atendimento:** 1.() Hemograma
 2.() Glicose 3.() Uréia 4.() Creatinina 5.() AST/ALT 6.() Testagem p/HIV
 7.() VDRL 8.() Bilirrubina 9.() Hep. B e C
- 16- Retorno ao serviço para segunda consulta (2ª semana–15 dias):** 1.() Sim 2.() Não
- 17- Presença de efeitos adversos na segunda consulta:** 1.() Sim 2.() Não
- 18- Tipos de efeitos adversos na segunda consulta:** 2.() Náuseas 3.() Vômitos
 4.() Diarréia 5.() Cefaléia 6.() Fadiga 7.() Icterícia 8.() Nefrolitíase
 9.() Rbdomiólise 10.() Pancitopenia 11.() Síndrome Stevens-Johnson 12.() Dermatite
 13.() Plaquetopenia
- 19- Exames realizados na segunda consulta:** 1.() Hemograma 2.() Glicose
 3.() Uréia 4.() Creatinina 5.() AST/ALT 6.() Testagem p/HIV 7.() VDRL
 8.() Bilirrubina 9.() Hep. B e C
- 20- Retorno ao serviço para terceira consulta (4ª semana–30 dias):** 1.() Sim 2.() Não
- 21- Presença de efeitos adversos na terceira consulta:** 1.() Sim 2.() Não
- 22- Tipos de efeitos adversos na terceira consulta:** 2.() Náuseas 3.() Vômitos
 4.() Diarréia 5.() Cefaléia 6.() Fadiga 7.() Icterícia 8.() Nefrolitíase
 9.() Rbdomiólise 10.() Pancitopenia 11.() Síndrome Stevens-Johnson
 12.() Dermatite 13.() Plaquetopenia
- 23- Realização de testagem para HIV na terceira consulta:** 1.() Sim 2.() Não
 Resultado sorológico: 1.() Positivo 2.() Negativo
- 24- Retorno ao serviço para quarta consulta (12ª semana–90 dias):** 1.() Sim 2.() Não
- 25- Presença de efeitos adversos na quarta consulta:** 1.() Sim 2.() Não
- 26- Tipos de efeitos adversos na quarta consulta:** 1.() Não 2.() Náuseas
 3.() Vômitos 4.() Diarréia 5.() Cefaléia 6.() Fadiga 7.() Icterícia
 8.() Nefrolitíase 9.() Rbdomiólise 10.() Pancitopenia 11.() Síndrome Stevens-Johnson
 12.() Dermatite 13.() Plaquetopenia
- 27- Realização de testagem para HIV na quarta consulta:** 1.() Sim 2.() Não
 Resultado sorológico: 1.() Positivo 2.() Negativo

APÊNDICE B

DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM - MESTRADO

DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador Responsável: Ana Carla Cavalcanti de Andrade

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa de mestrado intitulado "**Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados a adesão e acompanhamento do uso da Profilaxia Pós-Exposição sexual para o HIV**", sob a orientação da professora **Dra. Valéria Peixoto bezerra**, do **Departamento de Enfermagem Clínica**, da **Universidade Federal da Paraíba**.

Declaro:

- a) O acesso aos dados se dará apenas em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.
- d) Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Os dados coletados somente serão utilizados para atender os objetivos da pesquisa.

Devido à inviabilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

João Pessoa 09 de Março de 2017.

Ana Carla Cavalcanti de Andrade
Pesquisador responsável