



Condições associadas à adesão à profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Conditions associated with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis
Condiciones asociadas con la adhesión a la profilaxis post-exposición al VIH

Como citar este artigo:

Silva MMS, Nichiata LYI, Simão NS, Silveira RA. Conditions associated with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03699. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028403699>

-  Marcos Morais Santos Silva¹
-  Lucia Yazuko Izumi Nichiata²
-  Nathália Santana Simão¹
-  Regis Alves da Silveira³

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

³ Aids Healthcare Foundation, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze conditions which interfere with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis. **Method:** Cross-sectional study conducted in two health care services specializing in HIV/AIDS in São Paulo city. Interviewees included men and women who were eighteen or older, sought care due to consensual sexual relation, and had a recommendation for prophylaxis. The questionnaires which compose the social reproduction index and adherence to prophylaxis were used as parameters. Non-parametric Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests and summation of the employed instrument through programs Excel[®] and Statistical Package for the Social Sciences[®] were performed. Ethical principles have been respected. **Results:** Forty-nine users have been identified; their mean age was 34.7 and they were predominantly men (95.9%). Out of these, 83.6% were men who have sex with men. The conditions which correlated with adherence ($p < 0.05$) were taking post-sexual exposure prophylaxis prior to that appointment and continuing to take the medication. **Conclusion:** Health professionals are responsible for establishing rapport with service users, especially during the first appointment, to contribute to adherence interventions plans.

DESCRIPTORS

HIV; Medication Adherence; Post-Exposure Prophylaxis; Public Health Nursing.

Autor correspondente:

Marcos Morais Santos Silva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419, Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
marcosmoss30@gmail.com

Recebido: 11/09/2019
Aprovado: 20/10/2020

INTRODUÇÃO

Estima-se que, desde o início da epidemia da aids, na década de 1980, até o ano de 2018, cerca de 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 32 milhões de mortes decorreram de alguma complicação relacionada à aids⁽¹⁻³⁾. Diante dos impactos do HIV, os esforços para o tratamento e o controle têm sido intensificados ao longo dos anos, visando reduzir os danos causados pela evolução da doença até se estabelecer um quadro de aids⁽¹⁻⁵⁾.

O processo de tratamento para o HIV passou por diferentes avanços com a implementação da terapia antirretroviral (TARV) entre os anos 1990 e 2000. Ela demarcou uma nova etapa de controle da doença, assegurando melhorias na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. Os reflexos da TARV estão em um maior controle da infecção por meio da diminuição do número de internações e das taxas de mortalidade, além da melhora do sistema imune, reduzindo as infecções por outras doenças oportunistas⁽³⁻⁵⁾.

Os avanços em relação à diminuição de novos casos de infecção pelo HIV estão vinculados a desenvolvimentos tecnológicos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da doença. Os investimentos, os aprimoramentos e a continuidade das ações educativas voltadas para a prevenção se somam positivamente para o enfrentamento do HIV. As mudanças no discurso preventivo e responsabilizador destinado a uma população específica abriram espaço para uma atuação voltada ao reconhecimento das vulnerabilidades existentes nos diferentes contextos sociais que afetam diretamente os indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento à doença⁽²⁻⁷⁾.

No intuito de preencher as lacunas existentes para evitar e diminuir o número de infecções pelo HIV, foi desenvolvida a estratégia de prevenção combinada, ampliando as opções a partir da combinação de duas ou mais estratégias preventivas⁽¹⁻²⁾. Esses métodos envolvem intervenções comportamentais, como o incentivo a mudanças relacionadas às práticas sexuais, visando à redução de danos a partir do uso de métodos preventivos; intervenções de nível estrutural, como campanhas educativas e a luta pelos direitos humanos; e intervenções biomédicas, que consistem na oferta de preservativos penianos ou vaginais, a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP)⁽²⁻⁷⁾.

O presente estudo foca a PEP⁽⁴⁾, que implica o uso de antirretrovirais (ARV) com a combinação de duas ou três drogas durante um período de 28 dias, a ser iniciado em até 72 horas após a exposição ao vírus para evitar sua reprodução e, conseqüentemente, a transmissão da infecção, garantindo melhor eficiência da profilaxia⁽⁴⁻⁶⁾.

No Brasil, a PEP está disponível na rede de serviços de saúde desde 1999, inicialmente indicada como forma de prevenção para profissionais de saúde expostos ao contato direto com fluidos corporais através de materiais perfurocortantes⁽²⁻⁴⁾. A partir de 2010, esta se tornou uma terapêutica de prevenção mais ampla: além de atender aos profissionais de saúde, é voltada às pessoas que tiveram exposição sexual desprotegida, caracterizando-se assim a PEP sexual. A profilaxia, integralmente disponibilizada pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), representa uma medida de saúde pública voltada à prevenção da infecção pelo HIV⁽³⁻⁴⁾.

Ao se verificar a literatura, a fim de identificar os achados envolvendo a PEP, encontram-se poucos estudos no país que exploram seu mecanismo de ação, o processo de tratamento e, mais especificamente, as condições que abrangem o início do uso dos ARV. A adesão à profilaxia interfere diretamente em sua efetividade, a qual pode ter como barreiras características sociodemográficas, como as condições de emprego e moradia, associadas a reprodução social, falta de informação, assistência profissional inadequada, distância dos serviços de saúde e dificuldade em utilizar os medicamentos⁽⁵⁻⁹⁾. Reconhecendo-se as condições associadas à adesão à PEP, é possível contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, com o intuito de que sejam mais eficazes contra a epidemia do HIV, além de promover melhorias à assistência à saúde, envolvendo os profissionais de saúde — principalmente os de enfermagem — e os usuários dos serviços^(4,6-7).

Considerando-se esses aspectos, é preciso direcionar as atenções para a magnitude com que se apresenta a epidemia no município de São Paulo, no qual o HIV/aids foi inicialmente identificado no país: entre 1980 e 2018, foram diagnosticados 99.905 casos de aids na capital paulista⁽³⁾. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo analisar as condições que interferem na adesão à PEP sexual ao HIV por parte dos usuários de serviços de saúde localizados na cidade de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal.

Como referência conceitual, utilizou-se a adesão⁽⁸⁻⁹⁾, a qual é entendida como a soma de condições relacionadas ao desenvolvimento do indivíduo na sociedade, não se limitando ao resultado de comportamentos ou atitudes singulares, mas considerando a realidade ampla que envolve sua inserção no grupo social e seus hábitos de vida.

CENÁRIO DE ESTUDO

Embora o acesso à PEP também ocorra em serviços de saúde, como prontos-socorros hospitalares, centros de referência e centros de testagem e aconselhamento⁽³⁻⁴⁾, o presente estudo foi realizado em dois serviços de assistência especializada (SAE) em HIV/aids que oferecem rotineiramente a PEP, localizados nas regiões Centro e Sudeste da cidade. Neles, são realizadas ações de assistência, prevenção e tratamento das pessoas que vivem com HIV/aids, previstas no Programa Municipal de IST/aids de São Paulo⁽³⁻⁴⁾.

Nesses serviços, há a realização de testes rápidos, exames convencionais em que o material coletado é enviado a um laboratório de análise clínica para detecção de HIV, sífilis e hepatites B e C. Neles, o usuário também pode retirar insumos para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), como preservativos masculinos e femininos, além de gel lubrificante. O primeiro atendimento ao usuário é realizado pelo profissional que faz o acolhimento e, depois, ele é encaminhado ao médico e aos demais profissionais para a

seqüência do acompanhamento. Especificamente para o processo de orientação e início da PEP sexual, são atendidas, em média, de seis a oito pessoas/dia no serviço da região Centro, e três a quatro no serviço da região Sudeste. As regiões em que estão localizados os serviços de saúde possuem alta taxa de detecção (TD) de aids: Sudeste (35,5/100 mil habitantes) e Centro (112/100 mil habitantes), sendo a República – local onde está localizado um dos serviços de saúde analisados – o bairro que possui a maior TD, com 132,4/100 mil habitantes.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: homens e mulheres maiores de 18 anos que procuraram atendimento por motivo de relação sexual consentida com indicação de quimioprofilaxia pós-exposição, conforme o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para PEP⁽⁴⁾, e retornaram depois de 30 dias para a primeira consulta após o término dos ARV. Como critério de exclusão: indicação de PEP para exposição ocupacional e situações que envolveram violência sexual. A amostragem foi por conveniência e a definição da amostra final de entrevistados correspondeu aos usuários que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa e aceitaram participar no período proposto para coleta de dados, em um total de 49 usuários.

COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados entre julho de 2017 e fevereiro de 2018. Os usuários foram convidados a participar da pesquisa após abordagem do pesquisador (em momento depois de terem realizado a consulta de retorno com o profissional de saúde). Foi assegurado que os usuários estivessem em um ambiente privativo e as respostas foram registradas pelo pesquisador.

Para as entrevistas, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro deles foi o índice de reprodução social (IRS)⁽¹⁰⁾ para obter dados de caracterização socioeconômica. Esse instrumento permitiu conhecer a dimensão da produção (registro em carteira, escolaridade, qualificação da ocupação, condição de atividade, curso preparatório para o trabalho) e do consumo (propriedade ou não da residência, acesso a serviço público de água, luz e esgoto, pagamento de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), prática religiosa e atividades de lazer). Essas dimensões são significativas para discernir os grupos sociais (G), os quais foram divididos em quatro categorias: GI, GII, GIII e GIV. As categorias GI e GII implicam melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde; GIII e GIV apresentam características de vulnerabilidade social⁽¹⁰⁾. As diferenças de características entre esses grupos podem interferir na adesão⁽⁹⁾.

O segundo instrumento é inspirado no estudo “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH), em adaptação brasileira⁽¹¹⁾. Esse instrumento aborda questões que podem ajudar a compreender as facilidades ou dificuldades para a adesão à PEP, como se o usuário utilizou alguma estratégia para lembrar e/ou facilitar o uso de medicamentos, se teve alguma dificuldade em tomá-los ou se apresentou alguma

reação adversa⁽¹¹⁾. Essas questões estão relacionadas ao processo de saúde que, a depender do entendimento do usuário, pode torná-lo mais ativo ou mais passivo quanto à adesão ao medicamento⁽⁹⁾. Nessa adaptação, foram modificados os termos associados ao HIV para PEP. Foi necessário remover duas das vinte questões, pois eram direcionadas ao processo de tratamento de pessoas vivendo com HIV, e não foi possível aplicá-las a pessoas em uso da PEP.

No CEAT-VIH original, a pontuação pode variar de 17 a 89, uma vez que há dezessete questões com pontuação entre 1 e 5, uma com pontuação entre 0 e 2 e duas com pontuação entre 0 e 1⁽¹¹⁾. No presente estudo, foram utilizadas 18 questões. Uma delas, com pontuação entre 0 e 1 no instrumento original, foi adaptada para a pontuação entre 1 e 5 a fim de padronizar os valores atribuídos às variáveis. Ao final, foram 18 questões com pontuação entre 1 e 5. Sendo assim, a pontuação total, obtida através da soma de todos os itens, variou de 18 (mínimo) a 90 (máximo).

Como ainda não há um protocolo que define se o usuário aderiu ou não à PEP, o estudo preconizou a adesão a partir da pontuação obtida na escala de adesão, conforme estabelecida no instrumento original⁽¹¹⁾. No questionário original, foi realizada uma correlação de *pearson* para testar a hipótese de que, quanto maior a adesão, menor seria a carga viral. Os resultados mostraram correlação inversa significativa. Na análise de variância (ANOVA) de um fator para classificar a amostra em três grupos por meio do grau de adesão, depreenderam-se do escore adesão baixa/insuficiente (≤ 74), adesão boa/adequada (75 a 79) e adesão estrita (≥ 80). Para o presente estudo, por conta do tamanho da amostra, optou-se por classificá-la em dois grupos. Dessa maneira, admitiu-se a adesão como baixa/insuficiente (pontuação ≤ 74) ou boa/adequada (pontuação ≥ 75).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Na análise estatística, foram utilizados os programas Excel®, para a elaboração do banco de dados, e o Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) para a análise. No caso das variáveis sociodemográficas, de conhecimento e de uso da PEP, foram realizados os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, com somatórias dos valores do instrumento utilizado, aplicando-se associações estatísticas entre os valores obtidos.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o Parecer n. 2.070.719, de 18 de maio de 2017, e, após emenda, sob o Parecer n. 2.240.516, de 25 de agosto de 2017; e pela Prefeitura do Município de São Paulo, sob o Parecer n. 2.077.096, de 23 de maio de 2017 e, após emenda, sob o Parecer n. 2.315.681, de 5 de outubro de 2017, atendendo ao preconizado pela Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram todas as dúvidas esclarecidas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 49 usuários dos SAE. Houve predomínio de homens (95,9%) que se identificaram com o gênero masculino (93,9%), com cor de pele branca (49,0%), solteiros (85,7%), com média de idade de 34,7 anos, sendo o desvio-padrão (DP) de 10,6 e mediana de 34 anos (mínimo de 19 e máximo de 68 anos), escolaridade de 8 anos ou mais (93,9%) e nenhuma religião (40,8%). Na distribuição de grupo social, prevaleceu o grupo I (53,1%), seguido do grupo II (30,6%).

Do total, 83,6% são homens que se relacionam sexualmente com homens (HSH) e 12,3% são homens que se relacionam apenas com mulheres. Sobre a PEP, 75,5% já a conheciam e 44,9% haviam feito uso anterior a essa nova indicação (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos usuários segundo relação sexual, conhecimento e uso da PEP – São Paulo, Brasil, 2019.

Variável	Total	
	N	%
Relação sexual		
Homens que se relacionam apenas com homens	30	61,2
Homens que se relacionam com homens e mulheres	11	22,4
Homens que se relacionam apenas com mulheres	6	12,3
Mulheres que se relacionam apenas com homens	2	4,1
Conhecia a PEP		
Sim	37	75,5
Não	12	24,5
Usou a PEP anteriormente		
Sim	22	44,9
Não	27	55,1

Quanto à distribuição dos usuários de acordo com as variáveis sociodemográficas e a correlação com a adesão, ser casado ou ter uma união estável apresentaram média de 77,7 e 77,0, respectivamente. A cor da pele preta teve média de 74,2 (DP \pm 7,9). Sobre religião, não ter nenhuma resultou em média de 78,0 (DP \pm 5,3) (Tabela 2).

Em relação à escala de adesão do total de usuários, houve variação entre 49 e 88 pontos, com média de 75,7 (DP \pm 7,4). Ademais, tiveram adesão baixa/insuficiente (pontuação \leq 74) católicos (72,4%), evangélicos (72,2%), pertencentes ao grupo social IV (61,0%) e já usuários da PEP antes dessa nova indicação (73,1%), que deixaram ou não de tomar os medicamentos. As variáveis estatisticamente significativas, como condições que interferem na adesão à PEP, foram ter usado a PEP anteriormente e ter deixado de tomar o medicamento ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos usuários de acordo com as variáveis sociodemográficas e a correlação com a adesão – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variável	Pontuação da adesão*			p***
	Mínimo	Média (DP)	Máximo	
Estado civil				
Solteiro	49	75,2 (7,8)	88	0,510
Casado	76	77,7 (2,8)	82	
Divorciado	77	77,0**	77	
União estável	85	85,0**	85	
Cor da pele				
Branca	49	76,8 (7,8)	88	0,799
Parda	58	74,7 (7,1)	86	
Preta	61	74,2 (7,9)	84	
Amarela	76	76,0**	76	
Anos de escolaridade				
4–7	76	78,0 (2,6)	81	0,586
\geq 8	49	75,5 (7,6)	88	
Religião				
Católica	49	72,4 (10,1)	83	0,544
Evangélica	58	72,2 (9,5)	78	
Outra	65	76,0 (6,5)	86	
Nenhuma	68	78,0 (5,3)	88	
Grupo social				
GI	49	75,6 (7,8)	86	0,464
GII	58	76,5 (7,9)	88	
GIII	73	76,6 (2,0)	78	
GIV	61	61,0**	61	
Já usou a PEP anteriormente				
Sim	58	73,1 (6,4)	86	0,007
Não	49	77,8 (7,6)	88	
Deixou de tomar o medicamento				
Sim	46	58,6 (8,4)	69	0,043
Não	57	67,0 (3,8)	74	

*Os valores do instrumento variam de 18 a 90.

**Não se aplica desvio-padrão (amostra de tamanho 1).

***Testes realizados: Wilcoxon-Mann-Whitney (variáveis: gênero, anos de escolaridade, uso anterior da PEP e suspensão do uso da medicação) e Kruskal-Wallis (variáveis: estado civil, cor da pele, religião, grupo social). Os valores $p < 0,05$ foram estatisticamente significantes.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predomínio do sexo masculino em relação ao feminino na busca por PEP sexual, o que é corroborado por achados de estudos realizados em outros países^(12–22). A presente pesquisa também encontrou um maior

percentual de HSH que buscaram a PEP sexual, convergindo com outros estudos^(12,15-17).

No contexto histórico do HIV/aids, os homens, mais especificamente os HSH, estiveram socialmente ligados ao estigma associado à doença, com dificuldades na adesão às medidas preventivas^(4,18), o que caracteriza uma condição de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Para as políticas públicas, os HSH são uma população-chave para a qual se direcionam ações de prevenção à doença. Entretanto, essas ações não estão sendo suficientes, uma vez que a incidência de infecções tem aumentado em diversos países⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Em um estudo realizado em 12 capitais brasileiras, no qual foram entrevistados 4.176 HSH, constatou-se uma parcela de 18,4% de infectados pelo HIV no ano de 2016 — ou seja, praticamente 1 a cada 5 HSH estavam vivendo com HIV, o que indica falhas na adesão aos métodos preventivos⁽¹⁹⁾.

A adesão à profilaxia tem a influência de diferentes condições. Os estudos destacam que os tipos de ARV usados, pouco ou nenhum efeito colateral, maioridade, nível de escolaridade, ser do sexo masculino, vínculo estabelecido entre o paciente e os profissionais de saúde, ter recebido orientações adequadas, ser acolhido em um ambiente discreto para realizar o aconselhamento na consulta inicial e durante os retornos são condições favoráveis à adesão à PEP^(6,12-15,21-23).

Neste estudo, 93,9% dos usuários afirmaram ser homens. A literatura aponta que há diferenças de acesso das mulheres aos serviços direcionados ao HIV/aids, quando comparadas aos homens^(14,18,20). O número de mulheres infectadas pelo HIV aumentou entre 2006 e 2016 no país, principalmente nas faixas etárias entre 15 e 19 anos e com mais de 60 anos⁽⁴⁾, o que pode indicar sua dificuldade de acesso às medidas preventivas, tornando-as mais suscetíveis às IST⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, há a necessidade de se explorar as especificidades desses segmentos populacionais, considerando suas diferenças e particularidades diante do enfrentamento ao HIV, em especial quando comparados à população masculina^(16,18-20).

Em relação ao uso da PEP, os usuários sem experiência prévia apresentaram média de adesão maior (77,8; $\pm 7,6$; $p=0,007$), classificada em boa/adequada, quando comparados às pessoas que estavam repetindo a profilaxia (73,1; $\pm 6,4$). Não deixar de tomar os medicamentos também foi significativo para a adesão ($p=0,043$) e o seguimento efetivo da PEP. Esses resultados são similares aos de outro estudo⁽¹³⁾. Entretanto, uma pesquisa mostra que, para melhor adesão à profilaxia, não basta a entrega dos medicamentos aos usuários e o agendamento do retorno para 30 dias sem realizar um acompanhamento direto sobre o uso adequado da PEP. Ressalta-se, também, a importância de melhorar as estratégias de comunicação e o acompanhamento desses usuários durante todo o período da profilaxia⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Usuários que realizavam a PEP pela segunda vez ou mais tiveram adesão à profilaxia inferior à daqueles que a estavam realizando pela primeira vez. Dada a propensão aos riscos de infecção pelo HIV, é válido que os profissionais avaliem as necessidades desses usuários, a fim de entender as razões que motivam suas relações sexuais desprotegidas, verificando a possibilidade de planejar uma prevenção alternativa com

o uso da PrEP, uma vez que essa estratégia seria benéfica, evitando o uso frequente da PEP⁽¹³⁾. Em estudo realizado em Israel, a taxa de adesão à PEP foi de 91%; os motivos constituem as explicações detalhadas sobre a importância da adesão, o uso de poucos medicamentos (apenas uma vez ao dia), o oferecimento de medidas de suporte quando o usuário apresentasse algum efeito colateral e o apoio profissional à saúde mental⁽²⁸⁾. Uma combinação de intervenções profiláticas para a redução dos riscos demonstrou ser mais favorável para os usuários do que apenas a PEP^(13,28).

Os estudos apontam que os meios que tendem a desfavorecer a adesão à PEP são: ser imigrante, não possuir plano de saúde, estar resfriado, ter dificuldade para deglutir os ARV, tomar diariamente uma dose seguindo um horário fixo, sofrer efeitos colaterais, ter outras IST e exposições recorrentes a intercurso sexual desprotegido. Logo, há uma demonstração de que, mesmo tendo retornado aos acompanhamentos nos serviços de saúde, não necessariamente houve adesão à PEP e que a redução da adesão não está atrelada apenas aos ARV, mas também a outros fatores condicionantes que determinam o uso dos medicamentos e o seguimento correto da profilaxia por parte dos usuários^(12-15,22,26).

Ao se analisar o conhecimento prévio dos usuários sobre a PEP, notou-se que um percentual de 24,5% ainda desconhecia a profilaxia. Um estudo mostrou que a PEP ainda encontra desafios, pois quase dois terços das pessoas desconhecem a profilaxia e aquelas que afirmam conhecê-la apresentam informações insuficientes sobre sua função e sobre como utilizá-la⁽²¹⁾. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que há profissionais de saúde que desconhecem esse método profilático, destacando que 39,3% dos médicos clínicos afirmaram nunca terem prescrito a PEP por falta de conhecimento sobre sua função e seus benefícios aos usuários⁽²²⁾.

Sobre o perfil sociodemográfico, prevaleceram usuários com mais de 8 anos de escolaridade e com a cor da pele branca. A inserção nos GI e GII somou 83,2% dos entrevistados, demonstrando melhores condições de vida da maioria, de acordo com a dimensão de produção e consumo analisada pelo IRS⁽¹⁰⁾. Esse perfil populacional é observado no estado de São Paulo e em estudos realizados em países desenvolvidos⁽¹²⁻¹³⁾. É possível que a população em piores condições de vida nem sequer esteja chegando aos serviços de saúde, uma vez que no país identifica-se o aumento de novos casos de infecção pelo HIV com ocorrência predominante nas populações parda e negra, com baixa renda e menor escolaridade, principalmente ao se direcionar a atenção para os estados que compõem as regiões Norte e Nordeste, indicando a dificuldade de acesso aos métodos preventivos e profiláticos para esses indivíduos⁽²⁻⁴⁾.

Diante dos dados encontrados, é importante considerar as diferenças econômicas, as políticas públicas de saúde e a assistência prestada nas diferentes regiões do Brasil, as quais refletem as barreiras de acessibilidade aos métodos preventivos, afetando diretamente os grupos sociais mais vulneráveis^(4-7,20) e, portanto, a adesão à PEP. Um estudo realizado no ano de 2013 mostrou que as regiões Sul e Sudeste do país de fato oferecem melhores condições de acesso aos serviços de saúde para as populações⁽²³⁾; ainda assim, são justamente

nessas localidades que há municípios com maiores taxas de incidência de aids, o que chama a atenção para a necessidade de se considerar a ampliação dos investimentos em melhorias do SUS e na política de enfrentamento da epidemia. O estado de São Paulo, pioneiro na criação de políticas para o enfrentamento das IST, em especial para o HIV/aids⁽²⁴⁾, vem promovendo a descentralização das ações para os municípios, o que possibilita avanços na estrutura do SUS e reflete no melhor acesso aos serviços de saúde⁽²⁵⁾.

Na análise das pontuações, ser católico ou evangélico, pertencer ao GIV, ter feito uso da PEP anteriormente e ter ou não deixado de tomar o medicamento aparecem como condições de baixa/inadequada adesão; porém, ao se realizarem as associações estatísticas, essas variáveis não foram significativas. As variáveis estado civil, cor da pele e escolaridade também não se mostraram estatisticamente significantes.

A não associação estatística para as variáveis grupo social e escolaridade diverge daquela de outros estudos, nos quais a adesão esteve diretamente associada a grupos com maior escolaridade, melhores condições sociais e com acessibilidade aos serviços de saúde, por exemplo, seguros, planos de saúde e assistência especializada^(14,26-27). O presente estudo apresentou uma amostra homogênea, com 8 anos ou mais de escolaridade (93%), e os GI e GII concentraram 83,2% dos entrevistados, o que pode ter refletido no resultado da análise estatística. Ao mesmo tempo, há a possibilidade de que indivíduos socialmente vulneráveis não estejam acessando os serviços de saúde para fazerem uso da PEP, conforme já apresentado.

Segundo autores, compreender o conceito de adesão envolve três planos independentes: o modo como a pessoa entende o processo saúde-doença e se atua ativa ou passivamente no autocuidado; a inserção na sociedade, a qual determina as potencialidades para o enfrentamento dos desgastes da vida, associada diretamente às condições financeiras; e a organização dos processos de trabalho, ou seja, os meios que o indivíduo possui para gerar a renda financeira^(8,9). Nessa perspectiva, há o reconhecimento de que a adesão à PEP envolve condições que vão além da vontade individual do usuário, pois ela está relacionada ao modo como a pessoa entende o processo saúde-doença, como realiza o autocuidado, qual sua inserção social e seus hábitos de vida, além de sua facilidade ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, considerando, também, como são desenvolvidas e operacionalizadas as políticas para o enfrentamento do HIV na realidade em que o indivíduo está inserido⁽⁹⁻¹¹⁾.

Ao se compreender as condições que se associam à adesão à PEP, é possível entender que a abordagem utilizada no atendimento ao usuário deve ser individualizada; além disso, a construção do plano de cuidados e o acompanhamento devem abranger e considerar o cuidado integral do indivíduo, atendendo a suas demandas de saúde⁽²⁷⁻²⁹⁾. Ademais, o vínculo estabelecido com o usuário também é primordial para a seguimento adequado da PEP, principalmente para os profissionais de enfermagem, que podem realizar a primeira abordagem e o acolhimento⁽²⁶⁻³⁰⁾.

O estudo teve limitações que devem ser consideradas: foram analisados apenas dois SAE em duas regiões do município de São Paulo, localizados mais ao centro da cidade, cujos resultados podem não refletir a realidade das diferentes localidades e os perfis de usuários de outros serviços de saúde, bem como as condições gerais que interferem na adesão à PEP sexual ao HIV. Ainda, investigaram-se apenas os usuários que retornaram à consulta dos 30 dias após o início da profilaxia; não foram identificados os usuários que iniciaram a PEP e não compareceram ao serviço na data de retorno. Portanto, não foi possível verificar se esses usuários tomaram os ARV pelo tempo indicado.

Além desses aspectos, deve-se considerar que foram realizadas alterações no CEAT-VIH original, uma vez que esse instrumento é aplicado para pessoas diagnosticadas com HIV e suas questões são voltadas a acompanhar as melhorias no quadro de saúde dos usuários a partir do vínculo estabelecido com o serviço, o seguimento da TARV, a diminuição da carga viral e o aumento das células que compõem o sistema imune. Essas características não correspondem à população analisada no presente estudo, a qual fez uso dos ARV por um período de apenas 28 dias, como medida profilática. Ademais, outra limitação está relacionada ao baixo número de usuários investigados, com o $n=49$.

CONCLUSÃO

As variáveis que tiveram associações estatísticas significativas como condições para adesão à PEP foram não ter feito uso da PEP anteriormente e não ter se esquecido de tomar os medicamentos. Podem contribuir para a não adesão pertencer à religião católica ou evangélica, ser de um grupo social com condições econômicas desfavoráveis e ter feito uso da PEP mais de uma vez.

Esquecer de tomar os medicamentos indica um aspecto importante a ser explorado pelos SAE a fim de elaborar estratégias que permitam a articulação entre o serviço e o usuário, como a viabilização de um canal aberto de comunicação para o usuário durante o período da profilaxia. Deixar o usuário sem acompanhamento durante os 28 dias de ARV abre margem para o não seguimento da PEP.

Também se destaca a necessidade de os serviços estabelecerem mecanismos para a busca ativa de usuários que não compareceram aos retornos programados. Além disso, compete aos profissionais de saúde reconhecer o perfil de seus usuários e as condições que envolvem a adesão ou não à PEP, de modo a contribuir para o planejamento das intervenções a serem implementadas, assegurando que o atendimento seja específico a cada usuário do serviço e objetivando o êxito da profilaxia proposta.

Indica-se a necessidade de estudos que monitorem os usuários dos serviços de saúde durante todo o período de uso da PEP e o seguimento dos retornos, para a compreensão do processo que envolve desde a orientação inicial até o término dos retornos. Com isso, direciona-se as atenções para os motivos relacionados à falta de uso adequado dos ARV, ao não comparecimento às consultas e, conseqüentemente, à não adesão à profilaxia.

RESUMO

Objetivo: Analisar condições que interferem na adesão à profilaxia pós-exposição sexual ao HIV. **Método:** Estudo de corte transversal, realizado em dois serviços de assistência especializada em HIV/aids no município de São Paulo. Foram entrevistados homens e mulheres maiores de 18 anos que procuraram atendimento por motivo de relação sexual consentida com indicação de profilaxia. Foram usados como parâmetros os questionários que compõem o índice de reprodução social e a adesão à profilaxia. Realizaram-se testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney e análises somatórias do instrumento utilizado por meio dos programas Excel® e Statistical Package for the Social Sciences®. Os preceitos éticos foram respeitados. **Resultados:** Foram detectados 49 usuários, com média de idade de 34,7 anos e predomínio de homens (95,9%). Do total, 83,6% eram homens que se relacionam sexualmente com homens. As condições que tiveram correlação com a adesão ($p < 0,05$) foram uso de profilaxia pós-exposição sexual anterior a esse atendimento e prosseguimento da ingestão dos medicamentos. **Conclusão:** Compete aos profissionais de saúde estabelecer o vínculo com o usuário do serviço, principalmente no primeiro atendimento, de modo a contribuir para o planejamento das intervenções para a adesão.

DESCRIPTORIOS

HIV; Adesão à Medicação; Profilaxia Pós-Exposição; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las condiciones que interfieren con la adherencia a la profilaxis post-exposición al VIH. **Método:** Estudio transversal, realizado en dos servicios especializados en VIH/sida en la ciudad de São Paulo. Se entrevistaron hombres y mujeres mayores de 18 años que buscaron atención por relaciones sexuales consentidas con indicación de profilaxis. Se utilizaron como parámetros los cuestionarios que conforman el índice de reproducción social y la adherencia a la profilaxis. Se realizaron pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney, así como el análisis de suma del instrumento utilizado a través de Excel® y del Statistical Package for the Social Sciences®. Se respetaron los preceptos éticos. **Resultados:** Se detectaron 49 usuarios, con una edad media de 34,7 años y predominantemente hombres (95,9%). Del total, el 83,6% eran hombres que se relacionaban sexualmente con otros hombres. Las condiciones que se correlacionaron con la adherencia ($p < 0,05$) fueron el uso anterior de la profilaxis post-exposición y su ingestión continua. **Conclusión:** Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de establecer el vínculo con el usuario del servicio, especialmente en la primera atención, a fin de contribuir a la planificación de las intervenciones para la adherencia.

DESCRIPTORIOS

VIH; Cumplimiento de la Medicación; Profilaxis Posexposición; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. About HIV/Aids [Internet]. Atlanta: CDC; 2018 [cited 2019 Jan 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
- United Nations Programme on HIV/Aids. Miles, to go closing gaps breaking barriers righting injustices [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2018 [cited 2019 Jan 14]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf
- Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. 2018 [citado 2019 jan 13];49(53):72. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco para infecção pelo HIV, IST e hepatites virais [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2019 jan 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
- Schechter M. Profilaxia pré e pós-exposição: o uso de drogas antirretrovirais para a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo HIV. Educ Méd Contin [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 17];2(4):112-23. Disponível em: <http://www.bjid.org.br/en-pdf-X2177511716574480>
- Oldenburg CE, Bärnighausen T, Harling G, Mimiaga MJ, Mayer KH. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. Aids Behav. 2014;18(2):217-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0567-0>.
- Krause KH, Lewis-O'Connor A, Berger A, Votto T, Yawetz S, Pallin DJ, et al. Current practice of HIV postexposure prophylaxis treatment for sexual assault patients in an emergency department. Women's Health Issues. 2014;24(4):e407-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2014.04.003>
- Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? Rev Latino Am Enfermagem. 2008;16(4):659-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400002>
- Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in collective health. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(spec 2):1326-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
- Trape CA, Yonekura T, Soares CB, Lopes IO, Campos CMS, Silva BRB, et al. Contribuição do conceito de classe social nos estudos da epidemiologia crítica. Rev Ciênc Saúde FESGO [Internet]. 2012 [citado 2019 Jan 19];2:152-160. Disponível em: http://www.saps.com.br/sites/estacio/downloads/revista/07_cienciasaude_2012.1_atual.pdf
- Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". Rev Saúde Pública. 2007;41(5):685-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>
- Milinkovic A, Benn P, Arenas-Pinto A, Brima N, Copas A, Clarke A, et al. Randomized controlled trial of the tolerability and completion of maraviroc compared with Kaletra® in combination with Truvada® for HIV post-exposure prophylaxis (MiPEP Trial). J Antimicrob Chemother. 2017;72:1760-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkx062>.
- Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnaul M, Huchet E, et al. Adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) and incidence of HIV seroconversion in a major North American cohort. Plos One. 2015;11(10):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0142534>.
- Malinverni S, Libois A, Schuster M, De Wit S, Mols P, Gennotte AF. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis: A multivariate regression analysis of a 5 years prospective cohort. J Infect. 2018;76:78-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2017.10.008>.

15. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV/Aids. Res Palliat Care.* 2014;6:147-58. doi: 10.2147/HIV.S46585
16. Andrade RG, Iriart JAB. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(3):565-74. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019214>
17. Harper GM, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project accept intervention. *Aids Patient Care STDS.* 2015;28(10):543-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2013.0331>
18. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
19. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Mota RS, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: Results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine.* 2018;97 Suppl 1:S9-S15. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>.
20. Izulla P, McKinnon LR, Munyao J, Karanja S, Koima W, Parmeres J, et al. HIV postexposure prophylaxis in an urban population of female sex workers in Nairobi, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;62(2):220-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e318278ba1b>.
21. Said AP, Seidl EMF. Serodiscordance and prevention of HIV: Perceptions of individuals in stable and non-stable relationships. *Interface (Botucatu).* 2015;19(54):467-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0120>
22. Rodríguez A, Castel AD, Parish CL, Willis S, Feaster DJ, Kharfen M, et al. HIV medical providers' perceptions of the use of antiretroviral therapy as non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) in two major metropolitan areas. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64 Suppl 1:S68-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182a901a2>.
23. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública.* 2017;51 Supl 1:3s. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
24. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids de São Paulo. Programa Estadual DST/Aids de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2009 [citado 2019 jan. 19]. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/pe_dst_aids_sp_portugues.pdf
25. Coelho VSP, Szabzon F, Dias MF. Política municipal e acesso a serviços de saúde São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. *Novos Estudos CEBRAP.* 2014;100:139-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002014000300008>.
26. Malinverni S, Libois A, Gennotte AF, Morté C La, Mols P. Prescription of non-occupational post-exposure HIV prophylaxis by emergency physicians: an analysis on accuracy of prescription and compliance. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153021. doi: 10.1371/journal.pone.0153021
27. Scannell M, Kim T, Guthrie B. A meta-analysis of HIV postexposure prophylaxis among sexually assaulted patients in the United States. *J Assoc Nurses Aids Care.* 29(1):60-9. doi: 10.1016/j.jana.2017.10.004
28. Oz N, Alon D, Stein GY, Turner D. Adherence and characteristics of HIV post-exposure prophylaxis for a population in Tel Aviv of men who have sex with men. *Isr Med Assoc J.* 2017;19(4):257-61.
29. Tomori C, Risher K, Limaye RJ, Lith LV, Gibbs S, Smelyanskaya M et al. A role for health communication in the continuum of HIV care, treatment, and prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66 Suppl 3:S306-S310. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0000000000000239>.
30. Isoldi DMR, Carvalho FPB, Simpson CA. Contextual analysis of nursing assistance to a person with HIV/Aids. *Rev Pesq Online Cuid Fund.* 2017;9(1):273-8. doi: 10.9789/2175-5361.2017

Apoio financeiro:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Processo n. 2016/20344-4.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.