

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

USO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV ENTRE MULHERES

SANTOS 2016

MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

USO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV ENTRE MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi.

SANTOS

2016

[Dados Internacionais de Catalogação] Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

Nascimento, Maria Mônica Paulino do.

N244u

Uso da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV entre mulheres. - / Maria Mônica Paulinho do Nascimento; orientadora Eliana Miura Zucchi – 2016. 70 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Dissertação. 2. Profilaxia pós-exposição sexual. 3. Mulheres. 4. Serviços de saúde. I. Zucchi, Eliana Miura. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

USO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV ENTRE MULHERES Aprovado em: ____/ ___/ _____ Nota: _____ **BANCA EXAMINADORA** Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi (Membro Nato) Presidente da Banca Profa. Dra. Neide Gravato da Silva (Membro Externo) Membro da Banca Examinadora Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira (Membro Interno)

Membro da Banca Examinadora



AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela saúde, equilíbrio e por ter guiado meu caminho e fornecido as condições necessárias para o alcance dos meus objetivos.

À minha mãe, pela paciência e apoio, fundamentais durante todo o percurso da construção deste trabalho. Sua força e dinamismo sempre serão meus principais exemplos de vida. Obrigada pela dedicação a mim e aos meus filhos. Certamente não conseguiria sem a sua contribuição.

Ao meu esposo, companheiro dos momentos felizes e tristes. Obrigada pela paciência e principalmente por ter acreditado que eu seria capaz, quando muitas vezes eu mesma não acreditava. Sua confiança em mim faz parte desta trajetória.

Aos meus filhos, Pedro Henrique e Mariana, que crescem desenfreadamente e me enchem de orgulho a cada minuto. Mesmo tão ausente durante esta fase da minha vida, vocês dois estiveram sempre ao meu lado, aprendendo a apoiar e a compreender desde cedo.

À minha orientadora, Dra. Eliana Miura, pelos ensinamentos e investimentos no meu aprendizado. Você assumiu bem mais que o papel de orientadora, proporcionandome as condições necessárias para seguir o caminho da contínua qualificação acadêmica. Muito grata por sua dedicação, compreensão, confiança e amizade!

Ao Dr. Alexandre Grangeiro, pessoa extraordinária, que graças a Eliana tive a oportunidade de conhecer. Foi maravilhosa a oportunidade de poder participar de parte de tão valiosa pesquisa. Serei eternamente grata pelos conhecimentos advindos de seu trabalho e pelas importantes contribuições.

À professora Dra. Cláudia Barros, que desde o início me ouviu e apoiou, abrindo caminhos e compartilhando experiências.

À professora e amiga Dra. Maria do Carmo Farias, pela disponibilidade e pelas caras contribuições. A todos os colegas de trabalho, pelo apoio e incentivo, vocês acompanharam de perto a minha dedicação aos estudos e foram essenciais para minha paz e confiança.

Ao professor Dr. Luiz Amador e à Dra. Neide Gravato, membros da banca, pelas sugestões valiosas, que muito colaboraram para melhoria desta dissertação.

Ao corpo docente da UNISANTOS, pelo compartilhamento de saberes e experiências. Todos são grandes exemplos de profissionais na área da Saúde Coletiva.

Aos colegas de curso pela ótima companhia e pelas experiências que vivemos juntos. Guardarei ótimas recordações dos nossos momentos em Santos.

Recria tua vida, sempre, sempre. Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.

Cora Coralina

NASCIMENTO, Maria Mônica Paulino do. **Uso da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV por mulheres**. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2016.

RESUMO

O uso da profilaxia pós-exposição sexual por mulheres é um dos desafios para as políticas de prevenção da infecção pelo HIV, pois aspectos socioculturais e as desigualdades de gênero dificultam a apropriação de medidas preventivas por este segmento populacional. Assim, este estudo objetivou descrever o uso da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV em relações sexuais consentidas entre mulheres atendidas em serviços públicos de saúde no Brasil. Trata-se de um recorte transversal de um estudo maior que foi realizado a partir dos dados de 365 mulheres atendidas em quatro serviços de saúde no período de maio de 2012 a maio de 2016. Foram descritas variáveis de caracterização das mulheres, do parceiro na exposição sexual que ocasionou o uso da profilaxia, da exposição sexual, do uso e do seguimento clínico, sendo o uso categorizado em completo e parcial. A idade média das mulheres foi 30,7 anos (DP=9,5), 32,6 cursaram ensino médio completo, 28,3% eram profissionais do sexo, 16,1% possuíam parceria sorodiscordante e 61,4% não haviam realizado teste anti-HIV anterior. A exposição sexual se deu por relação sexual vaginal com parceiro ocasional (68,3%), com status sorológico desconhecido (60,1%) e rompimento de preservativo (51,7%). Um total de 49,0% das mulheres realizaram apenas uma consulta de retorno e 72,1% apresentaram efeitos adversos. Especificamente entre as que retornaram ao serviço no período de 29 a 60 dias, somente 22,2% compareceram a uma ou duas consultas de retorno, 15,7% realizaram teste anti-HIV e 81,8% realizaram uso completo dos antirretrovirais. Podemos afirmar que mulheres usam de forma completa a profilaxia pós-exposição sexual, porém os serviços de saúde não conseguem reter essas mulheres durante o período de seguimento clínico e sorológico, prejudicando a avaliação da efetividade da profilaxia, apontando a necessidade de organização dos serviços e de ampliação de estratégias que possam proporcionar maior autonomia das mulheres para o uso de medidas preventivas.

Palavras-chave: Profilaxia pós-exposição sexual. Mulheres. Serviços de saúde.

ABSTRACT

The use of post-exposure prophylaxis after sexual intercourse for women is one of the challenges for the HIV prevention policies, because sociocultural aspects and gender inequalities hamper the appropriation of preventive measures for this population segment. Thus, this study aimed to describe the use of this type of postexposure prophylaxis for HIV in consensual sexual intercourse between women assisted by public health services in Brazil. This is a cross cutout of a larger study that was conducted from the data of 365 women assisted by four health services from May 2012 to May 2016. Were described characterization variables of women, of the partner in sexual exposure that caused the use of prophylaxis, of the sexual exposure, of the use and the clinical follow-up, being the use categorized as complete or partial. The average age of women was 30.7 years (SD = 9, 5), 32.6% attended complete high school, 28.3% were sex workers, 16.1% owned serodiscordance partnership and 61.4% had not held test anti-HIV before. Sexual exposure occurred for vaginal sexual intercourse with casual partner (68.3%), with serological status unknown (60.1%) and rupture of condom (51.7%). A total of 49.0% of women held only one return query and 72.1% presented adverse effects. Specifically, among those who returned to the service in the period of 29 to 60 days, only 22.2% attended one or two return visits, 15.7% underwent anti-HIV testing and 81.8% underwent complete antiretroviral use. We can affirm that women use postexposure prophylaxis after sexual exposure completely, but the health services can not retain these women during the period of clinical and serological follow-up, damaging the evaluation of the effectiveness of prophylaxis, pointing out the need for the organization of services and expansion of strategies that may provide greater autonomy for women to use preventive measures.

Keywords: Post-exposure prophylaxis. Women. Health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres que fizeram uso da profilaxia pós-exposição
sexual segundo os serviços de saúde, 2012-201643
Tabela 2 - Características sociodemográficas das mulheres que fizeram uso da
profilaxia pós-exposição sexual. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE;
Curitiba, PR, 2012-201644
Tabela 3 - Pertencimento das mulheres a grupos de maior prevalência ao HIV, uso
de drogas e teste de HIV anterior. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE;
Curitiba, PR, 2012-201645
Tabela 4 - Características do parceiro sexual segundo tipo de parceria, status
sorológico, população de maior prevalência e uso de drogas. São Paulo, Ribeirão
Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201646
Tabela 5 - Características da exposição sexual segundo tipo de exposição, uso de
preservativo e risco acrescido. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE;
Curitiba, PR, 2012-201647
Tabela 6 - Uso anterior da profilaxia pós-exposição sexual e repetição dos eventos
entre mulheres. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-
2016
Tabela 7 – Esquemas de antirretrovirais usados na profilaxia pós-exposição sexual.
São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201648
Tabela 8 - Consultas de retorno realizadas pelas mulheres durante o seguimento
Tabela 8 – Consultas de retorno realizadas pelas mulheres durante o seguimento clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649
·
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE;
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 — Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 — Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016
clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-201649 Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida)

ARV Antirretroviral

ATV/RTV Antirretroviral atazanavir/ritonavir

AZT Antirretroviral zidovudina

DDAHV Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

DST Doenças sexualmente transmissíveis
IST Infecções sexualmente transmissíveis

IST Infecções sexualmente transmissíveis

HIV Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência

Humana)

HSH Homens que fazem sexo com homens

IP Inibidor de protease

ITRN Inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa
ITRNt Inibidor nucleotídeo da transcriptase reversa

LPV/r Antirretroviral lopinavir/ritonavir
ONU Organização das Nações Unidas

PEP Profilaxia pós-exposição
PrEP Profilaxia pré-exposição

REDCap Research Eletronic Data Capture

SAE Serviços Ambulatoriais de Atenção Especializada em HIV e AIDS

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS Statistical Package for Social Science

TARV Tratamento antirretroviral
TDF Antirretroviral tenofovir

UDI Usuários de drogas injetáveis

UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

WHO World Health Organization (OMS - Organização Mundial de Saúde)

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

3TC Antirretroviral lamivudina

SUMÁRIO

1 IN	ITRODUÇÃO13
1.1	Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV como estratégia de prevenção14
1.2	Barreiras e facilitadores para procura e uso da PEP19
1.3	Barreiras e facilitadores para adesão à PEP22
1.4	Prevenção da infecção do HIV em mulheres27
1.5	Justificativa32
2 O	BJETIVOS33
2.1	Objetivo geral34
2.2	Objetivos específicos34
3 M	ÉTODOS35
3.1	Tipo de estudo36
3.1.1	Desenho do estudo principal36
3.2	Local da pesquisa37
3.2.1	Estudo principal37
3.2.2	2 Estudo transversal
3.3	Universo do estudo38
3.4	Variáveis39
3.5	Processamento e análise dos dados40
3.6	Aspectos éticos41
4 RI	ESULTADOS42
4.1	Caracterização do universo do estudo43
4.1.1	Características das mulheres que utilizaram PEP sexual43
4.1.2	2 Características do parceiro na exposição que ocasionou o uso da PEP sexual45
4.1.3	3 Características da exposição que ocasionou o uso da PEP sexual46
4.2	Caracterização do uso e do seguimento da PEP sexual47
4.3	Uso completo e uso parcial da PEP sexual51

5 DISCUSSÃO	52
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	66

1.1 Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV como estratégia de prevenção

O cenário mundial de controle da epidemia HIV/Aids tornou-se promissor após a ampliação da oferta do tratamento antirretroviral e dos métodos de prevenção. No entanto, o controle da infecção pelo HIV ainda é um desafio da atualidade.

No Brasil, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a taxa de detecção dos casos de HIV/Aids em 2014 foi a menor dos últimos 12 anos (19,7/100.000) (BRASIL, 2015b). De acordo com os estudos realizados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em 2008/2009, a prevalência estimada de HIV/Aids no Brasil era de 0,4%. Porém, os grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV são os que possuem as taxas de prevalência mais elevadas, são eles: homens que fazem sexo com homens-HSH (10,5%), usuários de drogas injetáveis-UDI (5,9%) e mulheres profissionais do sexo (4,9%), o que caracteriza uma epidemia do tipo concentrada em populações-chave (BRASIL, 2014).

Análise mais recente sobre as tendências da Aids no Brasil aponta um perfil semelhante ao observado no início da epidemia, quando o surgimento dos primeiros casos foi fortemente concentrado em centros urbanos, homossexuais e aumento da razão homem-mulher, configurando-se como uma possível reemergência da doença (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

No entanto, além da tendência de aumento dos casos em HSH ao longo dos anos, observa-se também uma queda no número de casos entre os UDI. Quanto à mortalidade por Aids, a taxa é maior entre os homens, com tendência de aumento entre jovens e pessoas com mais de 60 anos. O número de óbitos de mulheres pretas é superior ao de homens pretos (BRASIL, 2015b).

Ainda de acordo com os dados do SINAN, os casos de Aids se concentram na faixa etária entre 25 a 39 anos, tanto em homens como mulheres, com destaque para o aumento dos casos na juventude (15 a 24 anos). A partir dos 13 anos, a principal via de transmissão é a sexual, correspondendo, em 2014, a 97,1% dos casos entre mulheres e 95,4% entre homens. Observa-se um aumento de casos entre os indivíduos autodeclarados como pardos, e entre os de cor de pele preta há maior predomínio de mulheres. Mulheres com HIV/Aids possuem menor

escolaridade do que homens, a maioria possui ensino médio completo e 5^a a 8^a série incompleta (BRASIL, 2015b).

Ao passo em que surgem novas demandas e desafios no controle da Aids no mundo e no Brasil, estudos têm apontado que a utilização de novas estratégias de prevenção pode ser útil no controle da transmissão do HIV. Portanto, neste momento de controle da epidemia, esforços são necessários para manter a intensidade das estratégias de prevenção e incorporação de novos modos de prevenir, associados aos já existentes (SULTAN; BENN; WATERS, 2014).

O Brasil e outros países possuem um compromisso junto à ONU de pôr fim à epidemia de Aids até 2030. Para isso, vêm buscando alcançar um conjunto de metas denominada 90-90-90, que significa: 90% das pessoas com HIV diagnosticadas, 90% das pessoas com HIV em tratamento com antirretrovirais, destas, 90% com carga viral indetectável. As ferramentas para o alcance dessa meta amparam-se no tratamento e seu efeito preventivo, nas técnicas de diagnóstico simples e acessíveis e na intensificação das estratégias de prevenção (UNAIDS, 2015).

A complexa interação entre os determinantes e as diversas dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática à infecção pelo HIV/Aids (AYRES et al., 2006) implica na necessidade do emprego de diferentes estratégias de prevenção, sejam elas de natureza biomédica, comportamental e/ou estrutural. Assim, a oferta de um leque de opções profiláticas busca definir, de forma individualizada, a estratégia preventiva mais apropriada para cada situação (SEGURADO, 2012).

Nenhum método preventivo isolado é capaz de controlar a epidemia de HIV. O surgimento de novos métodos preventivos eficazes potencializa o atendimento à diversidade de situações de vulnerabilidade (FILGUEIRAS, 2015). Além da disponibilidade de vários métodos, a necessidade do uso combinado se explica por fatores relacionados às características específicas e ao grau de proteção parcial de cada um dos métodos, e pelas características dos indivíduos e grupos sociais. Pessoas e grupos sociais se submetem a uma diversidade de formas de exposição ao HIV, apresentando diferenças não somente quanto aos riscos, mas também em suas percepções. Assim, os métodos de prevenção também apresentam diversas características para abranger um maior número de pessoas e situações (GRANGEIRO et al., 2015b).

As populações mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV sofrem estigma e discriminação. O estigma da Aids está baseado em outros estigmas, especialmente relacionados à homossexualidade, desigualdade de gênero e uso de drogas ilícitas, que constituem comportamentos significados como desviantes e/ou imorais (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Consequentemente, tais populações podem ter maior dificuldade no acesso aos métodos de prevenção, exigindo estratégias específicas (CHEQUER, 2010), a exemplo das mulheres profissionais do sexo que necessitariam de atendimento em horários flexíveis nos serviços de saúde, bem como estar livres de discriminação (FILGUEIRAS, 2015).

As intervenções biomédicas são voltadas à redução do risco de aquisição ou de transmissão da infecção por HIV pelo emprego de tecnologias. São estratégias fundamentadas nos mecanismos de interação vírus-hospedeiro, incluem administração de fármacos antivirais em indivíduos soronegativos por via sistêmica, uso de microbicidas, tratamento anti-HIV em indivíduos soropositivos como prevenção, vacinas e circuncisão (SEGURADO, 2012).

As estratégias de natureza comportamental incluem o uso de preservativo masculino e feminino, as práticas sexuais não penetrativas e os acordos sexuais a partir do conhecimento do estado sorológico com uso dos testes anti-HIV. Já as intervenções estruturais abrangem diversas ações com o objetivo de modificar hábitos e condições que possam diminuir os riscos e as desigualdades relacionadas à vulnerabilidade ao HIV (GRANGEIRO et al., 2015b).

Um dos avanços mais significativos da resposta à epidemia de HIV está relacionado à utilização de antirretrovirais (ARV), tanto para tratamento como para prevenção, evitando o surgimento de novas infecções. A ação preventiva dos ARV é otimizada por meio do uso combinado com outros métodos de prevenção, tais como as mudanças de comportamento e o uso de preservativos. Evidências dos benefícios clínicos do uso de ARV para prevenção dão novas oportunidades para a resposta global ao HIV, incluindo o uso da PEP (profilaxia pós-exposição) e da PrEP (profilaxia pré-exposição) sexuais (WHO, 2012a).

Ao longo dos anos, evidências científicas apontam que as estratégias de natureza biomédica são importantes aliadas no controle da transmissão do HIV. A PEP é fundamentada na administração de antirretrovirais em indivíduos sob risco de infecção, que possam promover a supressão da replicação viral nas primeiras 72 horas após a aquisição do vírus. Inicialmente foi adotada em situações de exposição

acidental a material biológico contaminado, principalmente após acidentes com perfurocortantes de risco e, por analogia, sua recomendação foi estendida para as situações de risco de transmissão sexual do HIV, relacionadas à violência sexual e à exposição sexual consentida (SEGURADO, 2012).

A recomendação da PEP nas relações sexuais consentidas é mais recente no Brasil (BRASIL, 2010b). São situações mais comuns na prática, relacionadas, por exemplo, à exposição sexual de risco de pessoas soronegativas ou atividade sexual em casos de parceiros ou parcerias sorodiscordantes, quando não há a negativação da carga viral plasmática devido ao não uso ou não adesão ao TARV, pois este reduz o risco de transmissão de forma considerável (SEGURADO, 2012).

A recomendação é baseada na plausibilidade biológica, nos experimentos em animais e na profilaxia pós-exposição ocupacional (BRASIL, 2010a), além dos estudos da profilaxia da transmissão vertical (SULTAN; BENN; WATERS, 2014). Estudos mais recentes, desenvolvidos com animais, fornecem evidências complementares do efeito protetor da PEP (IRVINE et al., 2015).

Sendo assim, o Ministério da Saúde publicou em 2010 as recomendações para a abordagem da exposição sexual ao HIV, ou seja, para os casos de relações sexuais consentidas, indicando o uso profilático e excepcional de antirretrovirais nas situações de exposição de risco, considerada medida complementar na política brasileira de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2010b).

A PEP sexual deve ser considerada como última medida, na ausência ou quando outros métodos de prevenção falharam. Deve ser iniciada por indivíduos soronegativos preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição, tendo como limite as 72 horas subsequentes, após minuciosa avaliação da indicação da quimioprofilaxia (BRASIL, 2010a).

O atendimento inicial deve ser realizado pelos Serviços Ambulatoriais de Atenção Especializada em HIV e Aids (SAE). Nos dias e horários de não funcionamento, dada a natureza emergencial da profilaxia, recomenda-se que os usuários procurem os serviços que realizam atendimento de urgência. Nestes casos, quando iniciado o uso da medicação, o usuário deve ser referenciado para um serviço ambulatorial especializado, para acompanhamento do seguimento clínico e posterior encerramento do caso (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação do risco deve levar em consideração os fatores que aumentam a transmissibilidade do vírus, a prevalência presumida do HIV do segmento populacional a que pertence a parceria sexual da pessoa exposta e o tipo de exposição (BRASIL, 2010a), como também a carga viral no caso de parceiro com sorologia conhecida (BENN; FISHER; KULASEGARAM, 2011).

No Brasil, para a decisão de recomendar o uso da quimioprofilaxia, os profissionais dos serviços de saúde ainda devem avaliar os fatores que aumentam a transmissibilidade do vírus, entre eles: a carga viral do parceiro detectável; a ruptura de barreira na mucosa da pessoa exposta; a presença de sangramento, a exemplo da menstruação; e a presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente de úlceras genitais (BRASIL, 2010a).

A presença ou história de IST é uma das características individuais associadas ao uso da PEP sexual. Além disso, a presença de IST é um dos fatores que podem influenciar no risco de transmissão do HIV (SULTAN; BENN; WATERS, 2014).

Quando a profilaxia antirretroviral é indicada para a pessoa exposta, uma avaliação laboratorial deve ser realizada ainda durante o atendimento inicial, incluindo testes para HIV, VDRL e marcadores virais de hepatite. Durante o atendimento, aproveita-se a oportunidade para reforçar as práticas de prevenção, principalmente quanto ao uso do preservativo (BRASIL, 2010a).

A PEP não é recomendada quando o risco de transmissão é insignificante, ou seja, quando o risco de toxicidade dos medicamentos supera o risco da transmissão do HIV. Também não está indicada quando a pessoa exposta já apresentava infecção pelo HIV anteriormente à exposição, ou quando é possível descartar a infecção pelo HIV na pessoa fonte (BRASIL, 2015a). Portanto, a indicação do uso da PEP sexual é essencialmente pautada na relação risco-benefício (BRASIL, 2010a; SULTAN; BENN; WATERS, 2014).

No Brasil a PEP está inserida no conjunto de estratégias da prevenção combinada, recomendada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Até o final do primeiro semestre de 2015, as ações eram orientadas pelo documento normativo do Ministério da Saúde "Suplemento III", que recomenda a realização de avaliações para o seguimento clínico da PEP sexual durante seis meses, com quatro consultas

(entre 1ª-3ª semanas, entre 4ª-6ª semanas, na 12ª semana e na 24ª semana) e a realização dos testes: HIV entre a 4ª e 6ª semana e na 24ª semana; sífilis, na 12ª semana; e para hepatites B e C, na 24ª semana. Segundo o protocolo, para encerramento do acompanhamento são necessários os resultados da testagem para HIV e dos marcadores virais de hepatites após 24 semanas da exposição, e da sífilis após 12 semanas, além de se reforçar as estratégias de prevenção (BRASIL, 2010a).

Em julho de 2015, o Ministério da Saúde lançou o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para a profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV com algumas atualizações. Com as mudanças no protocolo, as pessoas devem ser orientadas a repetir a testagem para o HIV com 30 e 90 dias após a exposição. A atualização tem o objetivo de simplificar a indicação da profilaxia, através da padronização do esquema de ARV para todas as categorias de exposição (sexual consentida, ocupacional e violência sexual), e assim diminuir as dificuldades em sua utilização pelos serviços no Sistema Único de Saúde, principalmente pelos não especializados (BRASIL, 2015a).

1.2 Barreiras e facilitadores para procura e uso da PEP

A PEP é considerada estratégica na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais consentidas (GRANGEIRO et al., 2015b). No entanto, a falta de conhecimento pelos usuários e profissionais, assim como limitações na sua disponibilidade, são fatores que têm contribuído para uma subutilização. No entanto, o surgimento dos usuários de repetição pode sugerir que a procura pela PEP sexual esteja aumentando nos serviços onde está sendo ofertada, pois não é incomum o uso repetido da PEP (COHEN et al., 2013).

Devido ao curto espaço de tempo para buscar e iniciar a PEP, os indivíduos com potencial para sua utilização devem ter conhecimento preexistente de quando e onde acessar a profilaxia, principalmente os HSH e outras populações de risco para a infecção pelo HIV (COHEN et al., 2013).

Embora existam variações regionais, homens jovens, principalmente HSH, continuam buscando a PEP sexual na maioria dos serviços em diferentes localidades. As pessoas que usam a PEP geralmente desconhecem o *status* sorológico do parceiro (MAYER et al., 2012; ROLAND et al., 2011), principalmente

nos contatos eventuais (TISSOT et al., 2010). Alguns estudos apontam que, entre as exposições que resultaram na procura pela profilaxia, a maioria foi associada ao rompimento ou não uso do preservativo (LACOMBE et al., 2005; IZULLA et al., 2012), tanto no sexo anal insertivo (MAYER et al., 2012) como no receptivo (ROLAND et al., 2011).

Também segundo alguns estudos, pessoas soropositivas possuem baixo conhecimento sobre a PEP sexual, o que aponta a necessidade de ampliação da divulgação da estratégia entre elas (JOSHI et al., 2014). O uso de ARV em combinação com outros métodos de prevenção, além de propiciar a individualização das medidas de prevenção da transmissão sexual do HIV entre os casais sorodiscordantes, promove maior segurança e satisfação afetiva e sexual, pela diminuição do medo de transmissão do HIV para o parceiro (HALLAL et al., 2015).

A percepção das pessoas quanto ao risco de infecção é uma das principais barreiras para a procura da PEP. Dependendo de cada situação, ela pode ser subestimada ou superestimada (COHEN et al., 2013). Estudos têm mostrado que alguns HSH não percebem exposições de risco que representam necessidade de utilização da PEP quando a exposição envolve um parceiro estável (SCHECHTER et al., 2004). Por outro lado, existem pessoas que buscam a PEP sem exposição que atenda aos critérios de risco para justificar sua prescrição (COHEN et al., 2013).

O tempo de acesso é um dos fatores essenciais para a elegibilidade das pessoas ao uso da PEP. Entre os achados de um estudo realizado em Paris, o tempo entre a exposição e o início da PEP foi de até 48 horas, sendo que um pouco mais da metade dos usuários fez uso em até 24 horas (LACOMBE et al., 2005). Em outro estudo, o tempo médio da consulta foi de 17 horas após a exposição, 60% das pessoas procuraram atendimento no prazo de 24 horas e 82% em até 48 horas (TISSOT et al., 2010). Nesse contexto, o acesso rápido à PEP é fundamental para que o objetivo de prevenção de novas infecções pelo HIV seja alcançado.

Entre mulheres profissionais do sexo, o acesso à PEP muitas vezes é um problema, pois boa parte das exposições ocorre à noite e nos finais de semana. Estudo realizado no Quênia apontou que 27,6% das mulheres profissionais do sexo que acessaram a PEP buscaram o serviço na segunda-feira, com exposição no final de semana, e 25% iniciou o esquema profilático após 36 horas da exposição, se enquadrando em maior tempo de acesso provavelmente devido a este fator (IZULLA et al., 2012).

Resultados do estudo realizado em Paris apontaram que 56,2% das pessoas que usaram a PEP após exposição sexual tiveram atendimento inicial em serviços de emergência (LACOMBE et al., 2005). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a definição da rede de atendimento de urgência deve estar bem delimitada localmente (BRASIL, 2010a), portanto, presente em cada município.

O custo com os programas de prevenção com a oferta da PEP pode ser considerado uma importante barreira tanto para o acesso como para o uso da profilaxia, mesmo quando ofertada pelos serviços públicos. Para alguns países, o alto custo da terapia pode provocar limitações farmacêuticas e, mesmo usuários de seguros e planos de saúde podem não ser capazes de pagar por tratamentos preventivos tão caros (COHEN et al., 2013). Estudos de efetividade sugerem que a PEP sexual é benéfica especialmente quando utilizada em certos grupos da população, principalmente para os HSH que têm sexo anal receptivo desprotegido (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009).

Na perspectiva do serviço, as mudanças comportamentais estão entre as prováveis consequências do uso da PEP ao longo do tempo, mas há pouca evidência de que o acesso à profilaxia aumente as exposições sexuais desprotegidas (COHEN et al., 2013). Diversos autores discutem se o uso da PEP aumenta o comportamento de risco, e alguns apontam que há controvérsias (BENN; FISHER; KULASEGARAM, 2011).

Por outro lado, a disponibilidade da PEP nas relações sexuais consentidas tem oferecido uma oportunidade para educação em saúde e desenvolvimento de estratégias de prevenção do HIV (SULTAN; BENN; WATERS, 2014). Resultados de alguns estudos apontaram que as atividades sexuais de alto risco tendem a diminuir ao longo do tempo, tanto entre os usuários como em não usuários da PEP (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009).

Um dos fatores que podem facilitar o uso da PEP são as consultas de aconselhamento. Antes de receber a medicação, as pessoas consideradas elegíveis são encaminhadas ao aconselhamento para realização dos testes e para receber orientações sobre medidas de redução dos riscos, e também sobre o uso da medicação, seus possíveis efeitos adversos e adesão (COHEN et al., 2013).

1.3 Barreiras e facilitadores para adesão à PEP

O conceito de adesão é muito variável entre os autores. De forma geral, adesão é compreendida como a utilização de medicamentos ou outros procedimentos prescritos em pelo menos 80%, sendo um tema de grande relevância para o sucesso de uma terapia ou prevenção de um agravo (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

A promoção da adesão transcende ao ato do controle da ingestão de medicamentos, devendo incluir, entre outros aspectos, o estabelecimento de vínculo do usuário com a equipe de saúde, o acompanhamento clínico e laboratorial, a adequação de mudanças às necessidades individuais, o compartilhamento com o usuário das decisões relacionadas à saúde, e o acesso à informação (BRASIL, 2010c). Portanto, a adesão também pode estar relacionada à qualidade dos serviços de saúde (NEMES et al., 2009).

Para efeito do tratamento de HIV/Aids, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, adesão a um medicamento corresponde à adequada tomada na dose e frequência prescritas. De forma integral, também envolve a realização de exames e consultas conforme as recomendações, comparecimento às consultas agendadas e retirada dos medicamentos na data prevista. De acordo com o protocolo, espera-se a tomada de pelo menos 80% das doses como necessária para o alcance da resposta terapêutica adequada, e o autorrelato do paciente é um dos métodos mais utilizados para estimar a adesão ao tratamento na prática clínica (BRASIL, 2013a).

Ainda no contexto do tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids, a avaliação da adesão geralmente está relacionada ao uso dos medicamentos, não somente a questão de tomar ou não tomar comprimidos, mas também como o paciente administra as doses e seus respectivos horários. Conceitualmente a adesão é o resultado de múltiplas dimensões, inclusive do seu resultado (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008).

No contexto da PEP, segundo o Ministério da Saúde, para a sua efetividade é essencial o uso completo de antirretrovirais durante os 28 dias (BRASIL, 2015a), considerando que a adesão ao esquema antirretroviral é fundamental para a eficácia da profilaxia (BRASIL, 2015a; LACOMBE et al., 2005; COHEN et al., 2013). Sendo assim, a pessoa exposta deve ser orientada a observar rigorosamente as doses, os

intervalos de uso e a duração da profilaxia antirretroviral, e tais orientações e objetivos devem ser entendidos pela pessoa exposta (BRASIL, 2015a).

Na literatura não há uma clara definição dos níveis ideais de adesão à PEP, ou seja, do mínimo necessário para sua eficácia, mas há consenso de que o uso de ARV em curto intervalo de tempo pode promover proteção contra a transmissão do HIV, e de que a não adesão reduz a eficácia da intervenção (BLASHILL et al., 2015).

Segundo uma meta-análise, a falta de ensaios clínicos randomizados e limitações dos estudos observacionais implicam na ausência de estimativas do grau de adesão à PEP necessárias para maximizar a sua proteção. Nesse estudo, os usuários considerados aderentes foram os que utilizaram a medicação de forma completa durante os 28 dias (OLDENBURG et al., 2014). Muitos estudos utilizam a contagem de dias de uso da medicação como critério para estipular a adesão à PEP (LACOMBE et al., 2005; ROLAND et al., 2011).

Estudo realizado com mulheres profissionais do sexo mediu a adesão de duas maneiras, através do relato de adesão a todos os 10 primeiros dias da profilaxia, na ocasião da avaliação e dispensação de medicamentos para os 18 dias restantes, e por meio da proporção de usuárias que retornaram com dois meses para consulta de acompanhamento e teste de HIV (IZULLA et al., 2012).

Em um estudo realizado em dois hospitais universitários franceses foi considerado como adesão à PEP os indivíduos que fizeram a ingestão de 100% dos comprimidos nos primeiros 15 dias do esquema profilático, e que seguiram o uso da medicação da forma como ela foi prescrita. Além disso, foi considerado adesão ter frequentado as sessões de aconselhamento e ter realizado o seguimento sorológico (BENTZ et al., 2010).

A análise dos fatores associados à adesão é fundamental para a melhoria das políticas e das práticas de saúde. Para o alcance de taxas aceitáveis de adesão devem ser avaliadas diversas condições, inclusive os fatores relacionados à qualidade dos serviços de saúde (NEMES et al., 2009).

Porém, são poucos os estudos que abordam os fatores que influenciam a adesão à PEP (LACOMBE et al., 2005), sendo mais comuns análises que abordam o contexto do tratamento. Um estudo realizado no Rio Grande do Norte verificou associação da não adesão do tratamento antirretroviral com os fatores sociodemográficos. Os indivíduos que interromperam o tratamento apresentavam faixa etária de 25 a 34 anos e baixo nível de escolaridade, achados semelhantes aos

encontrados em outros estudos sobre adesão ao tratamento. Outra associação observada foi entre a baixa adesão e o uso de drogas lícitas ou ilícitas (BRITO; SZWARCWALD; CASTILHO, 2006).

Estudo qualitativo realizado em São Paulo verificou que as dificuldades das pessoas que vivem com HIV/Aids para a adesão ao tratamento foram os fatores relacionados ao uso dos ARV, devido aos efeitos adversos e à dificuldade de uso diário dos medicamentos; os fatores sociais, devido ao estigma; e os fatores do estilo de vida, principalmente devido ao uso de álcool e drogas. Nesse estudo, as pessoas foram enquadradas em alta adesão quando seguiram a prescrição exata ou admitiram apenas falha ocasional; média adesão, quando relataram falhas frequentes; e baixa adesão, quando não faziam uso de nenhuma medicação no momento da entrevista (MELCHIOR et al., 2007).

Entre os fatores limitantes da adesão à consulta e à terapêutica antirretroviral estão as características pessoais, da própria doença e do tratamento em si. No aspecto programático, apontam-se fatores como a relação do indivíduo com a equipe de saúde, a distância geográfica do serviço, e as dificuldades no acesso à consulta devido à insuficiência de profissionais. Além disso, grande número de indivíduos atendidos e longas filas de espera são também identificados como elementos impeditivos da adesão (FELIX; CEOLIM, 2012).

As taxas de adesão e conclusão das quatro semanas de PEP entre os indivíduos com exposição sexual são muitas vezes insuficientes. Entre os fatores associados à não adesão/conclusão estão os efeitos adversos dos medicamentos e a mudança na autopercepção do risco de infecção pelo HIV (COHEN et al., 2013; SULTAN; BENN; WATERS, 2014).

Estudos mostram que tanto o abandono do uso da medicação como do seguimento, além das queixas de toxicidade aos antirretrovirais, são mais frequentes quando usados como PEP, comparados a quando usados para tratamento da infecção pelo HIV (SEGURADO, 2012).

Uma revisão sistemática observou que os eventos adversos aos esquemas de profilaxia pós-exposição não ocupacional foram mais frequentes entre as pessoas que receberam terapia tripla, e a toxicidade foi o principal motivo para descontinuação do tratamento profilático (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009).

A adesão possui estreita relação com a tolerabilidade e a simplicidade do regime de PEP (BENN; FISHER; KULASEGARAM, 2011; COHEN et al., 2013),

portanto, ela pode ser influenciada pela escolha do esquema. Os regimes mais recentes que incluem TDF-FTC são mais tolerados que os com lamivudina e zidovudina (OLDENBURG et al., 2014).

O esquema de PEP recomendado no Brasil até 2015 foi a associação de dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), como a zidovudina (AZT) associada à lamivudina (3TC), combinados a um inibidor nucleotídeo da transcriptase reversa (ITRNt), como o tenofovir (TDF), que poderia ser substituído por um inibidor da protease (IP), o lopinavir/ritonavir (LPV/r), devido menor toxicidade (BRASIL, 2010a).

O protocolo atualizado de PEP padronizou um esquema para todos os tipos de exposição e material biológico, sendo composto por tenofovir (TDF) associado à lamivudina (3TC) combinado a um inibidor de protease (IP), como o atazanavir/ritonavir (ATV/r). A escolha preferencial por TDF+3TC teve como base os dados comparativos de estudos de antirretrovirais para tratamento, PrEP e PEP, além de estudos randomizados comparando TDF+3TC e AZT+3TC. Esses estudos identificaram menor risco de descontinuação do tratamento e de surgimento de efeitos adversos. A escolha pelo ATV/r como terceira droga do esquema de PEP baseia-se na possibilidade de administração em dose única diária, podendo apresentar impacto positivo na adesão (BRASIL, 2015a).

Os efeitos adversos relacionados à PEP mais comuns são os gastrointestinais, principalmente náuseas e/ou vômitos (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009; RABAUD et al., 2005; SCHECHTER et al., 2004; TISSOT et al., 2010; MAYER et al., 2012), diarreia (RABAUD et al., 2005; MAYER et al., 2012; BENTZ et al., 2010), além de fadiga e outros (BRYANT; BAXTER; HIRD, 2009; MAYER et al., 2012), incluindo alterações laboratoriais, entre elas distúrbios hematológicos, insuficiência renal aguda, hepatite e pancreatite (TISSOT et al., 2010). A maioria dos eventos são considerados leves (SCHECHTER et al., 2004; MAYER et al., 2012).

Apesar de importantes, as dificuldades relacionadas aos efeitos adversos não são suficientes para explicar a não adesão. Aspectos como a comunicação dos profissionais dos serviços de saúde possuem um papel fundamental ao dirimir dúvidas, como a de retardar a tomada do remédio ser melhor do que omitir a dose, pois geralmente os pacientes tomam decisões sem consultar os profissionais (MELCHIOR et al., 2007).

Quanto à mudança na autopercepção do risco de infecção pelo HIV como fator associado à não adesão à PEP, estudo realizado em São Francisco apontou que alguns indivíduos pararam a PEP ou por acreditar que o número de comprimidos tomados foi adequado, ou pela perda de interesse, ou por achar que o risco de infecção ao HIV era pequeno. Isso pode acontecer quando o uso não é adequadamente justificado por uma exposição de risco, diferentemente de quem usou por ter tido uma relação sexual desprotegida com um parceiro soropositivo sem tratamento antirretroviral (ROLAND et al., 2011). Outro estudo também verificou que a percepção da menor necessidade da profilaxia, associada à exposição de menor risco, também foi um fator determinante da baixa adesão aos 28 dias da PEP (LACOMBE et al., 2005).

Entre as conclusões de uma meta-análise, a adesão à PEP nas relações sexuais consentidas foi bem superior quando em comparação com a PEP após agressão sexual, e a adesão foi superior em países desenvolvidos (OLDENBURG et al., 2014). Entre mulheres trabalhadoras do sexo, um estudo observou baixa adesão à PEP, pois apenas 56% retornaram ao serviço no dia 10, destas, 88% tiveram adesão total, mas apenas 24% compareceram à consulta de acompanhamento de seis semanas (IZULLA et al., 2012).

A adesão pode ser melhorada com sessões adicionais de aconselhamento, quando comparada com aconselhamento padrão de rotina, tanto para a conclusão da PEP como para o seguimento clínico de acompanhamento (BENTZ et al., 2010). Mas nem sempre o resultado é alcançado para todos os indivíduos. Um estudo que comparou duas estratégias de redução de riscos e aconselhamento para adesão à PEP entre indivíduos após uma exposição sexual com risco potencial para infecção pelo HIV observou que não houve diferença significativa na adesão entre os indivíduos que receberam acompanhamento padrão e reforçado, exceto para os indivíduos com maior risco, reforçando a importância do aconselhamento adicional para determinadas pessoas e situações (ROLAND et al., 2011).

De acordo com as Diretrizes do Reino Unido para o uso da PEP sexual, a ansiedade é uma das prováveis implicações psicológicas presentes diante da oferta da PEP, devido a possível exposição ao HIV. Portanto, os indivíduos devem ser tranquilizados nessas situações, sendo imprescindível o apoio psicológico (BENN; FISHER; KULASEGARAM, 2011).

Um estudo que estabeleceu metas específicas para cada sessão de aconselhamento, entre elas orientações sobre os eventos adversos e adaptação às limitações relacionadas à PEP, observou que a falta de tempo dos usuários para o aconselhamento foi uma das dificuldades encontradas pelos pesquisadores, repercutindo em um menor número de inclusões no estudo, especialmente para os indivíduos que trabalham (BENTZ et al., 2010).

Inexistem recomendações sobre o mínimo de aconselhamentos necessários para que os usuários da PEP após relações sexuais tenham adesão à profilaxia e reduzam o risco de infecção pelo HIV (ROLAND et al., 2011). No entanto, intervenções cada vez mais simples e eficazes devem ser identificadas para potencializar a efetividade da PEP (SULTAN; BENN; WATERS, 2014).

Tanto o uso como a adesão à PEP dependem da percepção do risco em relação à infecção pelo HIV. Mesmo em epidemias generalizadas, como ocorre, por exemplo, na África do Sul, o risco de infecção é subestimado por mulheres, principalmente jovens, consequência da baixa percepção do risco, barreira tanto para as ações de prevenção como de tratamento (NAICKER et al., 2015).

1.4 Prevenção da infecção do HIV em mulheres

A epidemia de Aids tornou-se uma realidade para mulheres brasileiras desde 1980, quando os primeiros casos foram notificados. Entretanto, a epidemia para as mulheres sempre foi menos visível do que para os homens. O aumento dos casos de transmissão materno-infantil do HIV no início da década de 1990 revelou o crescimento do número de casos de Aids na população feminina no Brasil e no mundo, e a temática da feminização da epidemia passou a ser discutida por diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 2011).

A vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV ganhou visibilidade principalmente a partir das reflexões sobre gênero, resultando na inclusão do tema ao debate sobre a epidemia de Aids. Como exemplo dessa invisibilidade feminina, há o fato de que as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitaram à prevenção da transmissão vertical. São diversas as condições de desigualdade que aumentam os riscos de transmissão do HIV entre as mulheres, entre elas: prostituição feminina, exposição ao uso de drogas ilícitas, violência sexual, questões

relacionadas à vida sexual e reprodutiva, além da pobreza e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação (BRASIL, 2002).

No Brasil, como em outros países, a epidemia de HIV/Aids se concentra em grupos específicos da população, com baixas taxas de prevalência na população em geral (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). Esses grupos têm sido considerados elementos-chave na transmissão do HIV, e também fazem a ponte da disseminação da infecção para a população em geral (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009).

A razão homem-mulher dos casos de Aids diminuiu progressivamente ao longo dos anos em todo o território brasileiro, passando de 40:1 em 1983 para 1,4:1 em 2007 (SILVA et al., 2010). De 1980 a 2003 houve aumento no número de casos da doença em mulheres, já de 2004 a 2008 a razão de sexos permaneceu de 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Em relação às diferenças regionais, observa-se um maior predomínio de homens na epidemia nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, seguido das regiões Norte e Nordeste, ocorrendo maior número de casos de Aids em mulheres na região Sul (BRASIL, 2015b).

O aumento dos casos notificados de Aids em mulheres ocorreu concomitantemente ao aumento da incidência entre heterossexuais e usuários de drogas injetáveis (PASCOM; SZWARCWALD, 2011). Alguns fatores contribuíram para o aumento da vulnerabilidade nesse segmento populacional, como o menor nível de escolaridade, multiplicidade de parcerias do parceiro sexual e aspectos relacionados ao poder de negociação do sexo seguro (SANTOS et al., 2009). Além desses, fatores biológicos relacionados à anatomia do trato genital e fatores que afetam a integridade da mucosa vaginal, como as IST e o uso de contraceptivo hormonal injetável à base de progestógeno, também podem ter contribuído, embora as evidências sejam limitadas (NAICKER et al., 2015).

A redução nas taxas de detecção de HIV/Aids em mulheres passou a ser observada a partir de 2009 e, novamente, houve aumento dos casos em homens. De 2005 a 2013, a queda da detecção na população feminina foi de 14,0% (BRASIL, 2014), e, de 2005 a 2014, a queda foi ainda maior, de 18,9% (BRASIL, 2015b). Em 2013, a razão de sexo passou a ser de 18 casos de Aids em homens para cada 10 casos em mulheres, uma tendência que já vem sendo observada nos últimos anos. Com relação à faixa etária, a razão de sexo de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos foi

de 2,2 e 1,9 respectivamente, observando-se uma maior proporção de mulheres à medida que a idade aumenta (BRASIL, 2014).

No que se refere à mortalidade por Aids, dos óbitos registrados no país de 2005 a 2014, 28,8% ocorreram em mulheres (BRASIL, 2015b). A elevação significativa no coeficiente de mortalidade entre mulheres durante os últimos anos é um importante destaque na epidemia, com aumento de 3,9 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2004 para 4,3 em 2013, principalmente em mulheres pretas, enquanto entre os homens vem ocorrendo uma estabilização (BRASIL, 2014).

Ao passo que na população de mulheres de 15 a 49 anos, de 2009 a 2013, a taxa de prevalência de Aids foi 0,4%, entre profissionais do sexo foi 4,9%, no mesmo período, sendo um dos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade no país (BRASIL, 2014). Mulheres trabalhadoras do sexo são 13,5 vezes mais prováveis de adquirir a infecção pelo HIV em comparação com outras mulheres, com variações que dependem das regiões do mundo (MARTINS et al., 2014), sendo uma das populações mais afetadas pelo HIV desde o início da epidemia (WHO, 2012b).

As profissionais do sexo estão entre as populações-chave para priorização de estratégias de prevenção da infecção pelo HIV, e correspondem a um dos principais desafios no que se refere ao enfrentamento da feminização da epidemia de Aids (BRASIL, 2011). Embora presentes nas políticas de enfrentamento à Aids, as ações de prevenção voltadas às prostitutas são menos eficazes para reduzir a prevalência da infecção pelo HIV, quando comparadas a outros grupos prioritários. O estigma que desqualifica a mulher que se prostitui diminui o acesso a direitos e recursos, aumentando a vulnerabilidade não somente à infecção pelo HIV, mas também a outros agravos de saúde (VILLELA; MONTEIRO, 2015).

O desenvolvimento de estratégias de prevenção mais abrangentes e eficazes para profissionais do sexo faz parte da agenda internacional, pois intervenções desse tipo no contexto da prostituição ainda são escassas. Entre as estratégias estão o uso de testes e a oferta de ARV para prevenção do HIV (WHO, 2012b).

A presença da mulher na epidemia de Aids implica na necessidade de explorar as especificidades desse segmento populacional, que o difere da população masculina. Quando comparada aos homens, a mulher apresenta desvantagens no que se refere às ações de prevenção, controle e tratamento, o que a coloca em situação de maior susceptibilidade à infecção pelo HIV, pois essas ações foram estabelecidas em função da população masculina (TAKAHASHI; SHIMA; SOUZA,

1998). Além disso, normas culturais e diferenças nos modos de viver a sexualidade entre homens e mulheres trazem consequências para o uso do preservativo (ANTUNES et al., 2002).

As mulheres conseguem ser mais incisivas sobre o uso de preservativos com parceiros casuais, ao contrário do que ocorre quando se trata de parceiro fixo. Tal fato se dá pela influência de vários fatores, entre eles os psicológicos e emocionais (VALADARES et al., 2010). Revisão bibliográfica apontou que mulheres profissionais do sexo utilizam mais preservativos com clientes do que com parceiros fixos, tendência observada tanto na literatura nacional como internacional (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015).

Estudo qualitativo sobre prevenção da infecção pelo HIV/Aids entre jovens prostitutas de Ribeirão Preto revelou que as entrevistadas conheciam a transmissão e os meios de prevenção do HIV. Mesmo assim, usavam preservativos de forma inconsistente com parceiros fixos, devido ao envolvimento afetivo do relacionamento, pois associavam a necessidade de uso do preservativo à falta de confiança (SIMON; SILVA; PAIVA, 2002).

Em geral, a dificuldade que a mulher possui para o uso do preservativo não está relacionada à falta de conhecimento sobre a transmissão do HIV ou sobre a eficácia do método. Muitas vezes as mulheres são conscientes do risco de infecção, mesmo com parceiro fixo, mas não conseguem convencer seus parceiros a usarem a camisinha em todas as relações sexuais. Esse tema dialoga com questões sociais, culturais e emocionais (SANTOS et al., 2009; SILVA et al., 2013).

A percepção do risco de infecção pelo HIV é baixa entre as mulheres, que não se percebem vulneráveis, principalmente quando cumprem o papel que a sociedade espera delas (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Por não acreditar que possam ser soropositivas, as mulheres se autoexcluem do risco de infecção, além disso, outros mecanismos como negação e evitação são utilizados diante das dificuldades decorrentes da percepção de risco nas relações de gênero hegemônicas (ALVES et al., 2002).

No entanto, a cobertura de teste anti-HIV é maior entre as mulheres (PASCOM; SZWARCWALD, 2011), embora essa procura na maioria das vezes não ocorra por iniciativa própria (SANTOS et al., 2009). Reações como encobrimento, operado pelo estigma, dificulta às ações de prevenção do HIV e retarda a busca por diagnóstico.

O aumento do diagnóstico de HIV nas mulheres em idade reprodutiva foi proporcionado pela ampliação da testagem durante o pré-natal (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Muitas vezes o motivo que faz a mulher realizar o teste anti-HIV e diagnosticar seu estado sorológico positivo é o adoecimento de um filho ou companheiro, apontando a baixa percepção de risco, pois se julgam pouco vulneráveis à infecção, por entender que o HIV ameaça outras pessoas, excluindose desse contexto (ALVES et al., 2002).

Para as mulheres em idade reprodutiva, o desafio da prevenção é ainda maior, ao se considerar que precisam de métodos tanto para prevenção da gravidez como da infecção pelo HIV. Não existe estratégia que seja igualmente efetiva para ambas as necessidades e que tenha amplo uso na população. Em uma relação vaginal desprotegida, a chance de uma gravidez indesejada ser maior do que a infecção pelo HIV para a mulher faz com que a prevenção da gravidez seja priorizada. Uma vez protegida da gravidez, nem sempre a mulher insiste que seus parceiros usem preservativo (VILLELA; BARBOSA, 2015).

Com vistas ao enfrentamento da feminização da epidemia de Aids, todas as variáveis e fatores a ela associados devem ser incluídos e analisados. A construção de uma resposta integrada e intersetorial tem como objetivo a redução dos contextos de vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV e outras IST e, para sua efetividade, é necessário o compromisso dos diferentes atores sociais (BRASIL, 2007).

As diretrizes para políticas públicas relacionadas à Aids em mulheres, de modo a contemplar a diversidade e a pluralidade das populações femininas, deve ter como objetivo a prevenção e a assistência de mulheres tanto soropositivas como soronegativas (BRASIL, 2002), por meio de ações que garantam tratamento de qualidade e acesso aos métodos de prevenção disponíveis nos sistemas de saúde (BRASIL, 2007).

A disponibilidade de serviços assistenciais possui um papel estratégico na redução e estabilização da epidemia e reflete as desigualdades na própria organização do SUS (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). As políticas de controle da infecção pelo HIV devem promover um ambiente de igualdade de oportunidades e direitos, fundamentais para que os esforços de prevenção comportamentais e biomédicos sejam bem-sucedidos (NAICKER et al., 2015). Experiências mundiais mostram que as estratégias de prevenção bem-sucedidas se

baseiam, entre outros elementos, em serviços de saúde e assistência social adequados às necessidades das populações mais vulneráveis (ANJOS et al., 2012).

1.5 Justificativa

Mesmo com a implantação de políticas para o enfrentamento da feminização da epidemia, é possível afirmar que os fatores relacionados à vulnerabilidade social à infecção pelo HIV ainda persistem entre mulheres. O cenário sugere a necessidade de avaliação do uso das estratégias de prevenção por esse segmento populacional, a exemplo da PEP sexual.

A PEP foi indicada para as exposições sexuais consentidas, e incorporada às estratégias de prevenção da infecção pelo HIV do país em 2010 (BRASIL, 2010b), portanto, ainda recentemente. Nesse sentido, há poucos estudos sobre o uso de PEP sexual por mulheres e existem dados divergentes sobre o tema.

Pesquisas realizadas em outros cenários epidemiológicos onde a infecção pelo HIV se concentra em populações-chave apontaram que, comparativamente aos homens, mulheres procuram menos a quimioprofilaxia após relações sexuais desprotegidas. Como exemplos, um estudo realizado em São Francisco, dois na cidade de Boston e um na Austrália revelaram que mulheres corresponderam, respectivamente, a 4,0%, 5,9%, 2,0% e 5,1% dos usuários. Nesses estudos, a maioria dos eventos de PEP foi por ocasião das relações sexuais consentidas, o que sugere uma baixa percepção de risco para a infecção pelo HIV (ROLAND et al., 2011; JAIN et al., 2015; MAYER et al., 2012; POYNTEN et al., 2007).

A adesão ao regime completo e ao acompanhamento continua sendo um desafio para a efetividade da PEP, apontando a necessidade de melhorias tanto na avaliação da elegibilidade dos usuários como nos cuidados prestados a essas pessoas (FORD et al., 2014). Mulheres parecem tolerar menos o uso de antirretrovirais, apresentando mais efeitos adversos aos medicamentos (ROLAND et al., 2011), o que pode interferir nas taxas de adesão.

Portanto, há necessidade de análises específicas sobre o uso da PEP sexual por mulheres, visto que a maioria dos estudos é desenvolvida com HSH e entre mulheres vítimas de violência sexual, o que dificulta uma melhor avaliação da efetividade das políticas de prevenção voltadas para as mulheres, seja no contexto da prostituição ou não.

2.1 Objetivo geral

Descrever o uso da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV em relações sexuais consentidas (PEP sexual) entre mulheres atendidas em serviços públicos de saúde no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das mulheres que utilizaram PEP sexual segundo variáveis sociodemográficas, pertencimento da mulher à população de maior prevalência à infecção pelo HIV, uso de drogas, teste anti-HIV anterior, características do parceiro e da exposição sexual que ocasionou o uso da profilaxia;
- Descrever o seguimento clínico da PEP sexual por mulheres segundo consultas de retorno, uso dos ARV, ocorrência de efeitos adversos e realização do teste anti-HIV;
- Estimar a frequência de mulheres que fizeram uso completo e uso parcial da PEP sexual.

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal que faz parte de um estudo maior intitulado "A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros", pesquisa de coorte conduzida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3.1.1 Desenho do estudo principal

O estudo principal articula metodologias quantitativas e qualitativas com objetivo de analisar três questões centrais: a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil, as mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEP sexual, e os efeitos da proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia préexposição sexual (GRANGEIRO et al., 2015a).

Para o primeiro componente do estudo foi estimada a participação de 3.200 indivíduos que buscaram os serviços de saúde selecionados após exposição sexual consentida, com indicação de realizar a PEP sexual.

Os procedimentos para a PEP sexual seguem as normas do Ministério da Saúde, que recomenda o uso combinado de três antirretrovirais por um período de 28 dias, além do seguimento clínico e sorológico (BRASIL, 2010a). No atendimento inicial após a exposição pelo HIV, o profissional de saúde deve avaliar como e quando ocorreu a exposição, a condição sorológica da pessoa exposta e, quando possível, a condição sorológica do parceiro, a partir do qual se define a indicação ou não do início da profilaxia (BRASIL, 2015a).

Os critérios de elegibilidade para participação do estudo principal são:

- Ter idade ≥16 anos;
- Ter exposição sexual nos últimos 30 dias, com indicação para PEP sexual;
- Ter teste anti-HIV negativo confirmado no momento da procura do serviço ou sorologia anti-HIV positiva, com Western Blot negativo/indeterminado, somente para os indivíduos com exposições ocorridas após 72 horas e até 30 dias;

- Não ter procurado a PEP sexual para fins de reprodução assistida ou por exposição ocupacional ou por violência sexual;
- Ter iniciado a PEP sexual em um dos cinco serviços ou ter sido encaminhado para seguimento clínico logo após o atendimento inicial na rede de urgência/emergência, com informações sobre o status sorológico, a exposição sexual e a terapia prescrita; e,
- Ter manifestado interesse em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados do estudo principal estão sendo coletados através de questionário estruturado e pelas informações extraídas dos prontuários clínicos, por meio dos quais são construídos formulários que alimentam o programa REDCap (*Research Eletronic Data Capture*).

3.2 Local da pesquisa

3.2.1 Estudo principal

Realizado em cinco serviços públicos do país: dois na região sul (Porto Alegre e Curitiba), dois na região sudeste (São Paulo e Ribeirão Preto) e um na região nordeste (Fortaleza). Com exceção de São Paulo, onde a profilaxia pós-exposição sexual para as relações sexuais consentidas é ofertada em um Centro de Testagem e Aconselhamento, nas demais cidades o cenário do estudo corresponde aos ambulatórios de HIV/Aids (GRANGEIRO et al., 2015a).

Em todos os serviços, a PEP sexual foi implantada entre 2010 e 2011 e a população atendida é principalmente por demanda espontânea. Os serviços de São Paulo, Ribeirão Preto e Fortaleza também são referências para o seguimento clínico de pacientes que iniciaram a PEP nos serviços de urgência e emergência (GRANGEIRO et al., 2015a)

Alguns serviços realizam atividades para promover a adesão e reforçar o uso dos medicamentos (GRANGEIRO et al., 2015a), por meio, por exemplo, de consulta de retorno durante o uso dos antirretrovirais.

3.2.2 Estudo transversal

Foi realizado por meio dos dados sobre os atendimentos de PEP sexual dos serviços das cidades de São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP, Fortaleza/CE e Curitiba/PR.

3.3 Universo do estudo

Para este estudo transversal foi utilizado o banco de dados da pesquisa principal, formado por 2.629 registros de PEP sexual, de maio de 2012 a maio de 2016, entre homens e mulheres. Após a exclusão dos homens, o banco ficou composto por 419 registros de PEP sexual em mulheres.

Foram excluídos da análise os registros das mulheres que não iniciaram uso dos ARV devido ter-se ultrapassado as 72 horas da exposição sexual, desistência que partiu da mulher, por ter considerado a exposição de baixo risco, pela verificação de que o parceiro possuía teste de HIV negativo ou por outros motivos, permanecendo 379 eventos para a análise.

Considerando que alguns dos 379 eventos de uso da PEP sexual ocorreram com a mesma mulher, configurando-se como uso repetido da profilaxia, o universo deste estudo foi compreendido por 365 mulheres (Figura), de acordo com a demanda do serviço. Portanto, todas receberam a prescrição dos antirretrovirais dentro de 72 horas após a exposição sexual e tiveram a intenção de realizar a quimioprofilaxia.

Figura - Composição do universo do estudo.

Até maio de 2016 2.629 registros de PEP sexual no banco de dados do estudo principal (São Paulo/SP, Ribeirão Preto/SP, Fortaleza/CE e Curitiba/PR)



419 registros de PEP sexual em mulheres



379 eventos de uso da PEP sexual por 365 mulheres

3.4 Variáveis

Inicialmente foram utilizadas as variáveis para caracterização do universo do estudo, segundo as características das mulheres, do parceiro e da exposição que ocasionou o uso da PEP. Tais variáveis são apresentadas a seguir:

- Características das mulheres variáveis sociodemográficas: idade (em anos); escolaridade (nenhuma, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, ignorada); raça/cor autorreferida (branca, preta, amarela, parda, indígena, não informada); mulher pertence à população de maior prevalência à infecção pelo HIV (não pertence, profissional do sexo, transexual, homossexual, outras, não informado); uso de drogas (sim, não/não informado); e teste anti-HIV anterior (sim, não, não informado);
- Características do parceiro na exposição que ocasionou o uso da PEP tipo de parceiro (fixo com vínculo afetivo e/ou regularidade na relação, ocasional sem vínculo afetivo, com relação única ou esporádica, não informado); status sorológico do parceiro (desconhecido, HIV positivo, HIV negativo, não sabe/não informado); parceiro pertence à população de maior prevalência à infecção pelo HIV (não pertence, profissional do sexo, HIV positivo, travesti, HSH/gay/homossexual, outras, não informado); uso de drogas pelo parceiro (não/não informado, injetável, outras);
- Características da exposição que ocasionou o uso da PEP tipo de exposição (anal receptiva com parceiro ocasional, anal receptiva com parceiro fixo, vaginal com parceiro ocasional, vaginal com parceiro fixo, oral com ejaculação com parceiro ocasional, oral com ejaculação com parceiro fixo, oral sem ejaculação com parceiro fixo); uso de preservativo na exposição que levou à PEP (sim/rompeu, não/uso parcial, sim/sem rompimento, não lembra, não informado); risco acrescido (não houve, sangramento anal ou genital, lesão genital visível, lesão oral/sangramento visível, corrimento genital, outros, não informado).

Para caracterizar o uso e o seguimento da PEP sexual foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Uso da PEP sexual tempo entre a última exposição e o atendimento inicial (em horas); uso anterior da PEP sexual (sim, não, não informado); número de eventos de PEP sexual; esquemas de antirretrovirais utilizados.
- Número de consultas de retorno (1 consulta, 2 consultas, 3 consultas, 4 consultas, nenhuma); número de mulheres que compareceram às consultas; teste de HIV por consulta; resultado do teste anti-HIV (negativo, positivo); uso dos ARV nos retornos 1 e 2 (sim/todas as doses, não/pulou dia, não/pulou dose, não/atrasou dose, não informado); tempo sem uso da medicação (em dias); ocorrência de efeito colateral nos retornos 1 e 2 (sim, não, não informado); efeitos colaterais; tempo de comparecimento às consultas 1 e 2 (em dias).

As variáveis "comparecimento às consultas de retorno" e "teste anti-HIV" também foram analisadas no período de 29 a 60 dias da data do primeiro atendimento, período esperado para realização de no mínimo um teste anti-HIV de controle, após o uso dos antirretrovirais. Foi definido o limite de 60 dias devido à diminuição da retenção das mulheres no serviço após esse tempo.

O uso da profilaxia foi definido como a tomada dos medicamentos antirretrovirais. Após a análise descritiva das variáveis de caracterização do universo do estudo, do uso e do seguimento clínico da PEP sexual, o uso da PEP foi categorizado em: uso completo e uso parcial. Foram consideradas mulheres que fizeram uso completo dos antirretrovirais as que informaram uso de todas as doses ou que atrasaram doses. Como uso parcial foram consideradas as mulheres que informaram ter pulado dia ou ter pulado dose.

Para cada variável foram excluídos da análise os dados não preenchidos e inconsistentes. Para o tipo de exposição foi realizado o cruzamento com tipo de parceiro, considerando apenas as respostas válidas de ambas as variáveis. Os eventos repetidos de PEP foram considerados apenas na descrição dos eventos.

3.5 Processamento e análise dos dados

Todos os dados do estudo foram extraídos do banco maior em REDCap para o Microsoft Excel, e posteriormente transportados para o *Statistical Package of*

Social Science (SPSS), versão 17.0 for Windows, pacote estatístico utilizado para análise de todas as variáveis da pesquisa.

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva. As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de suas frequências e proporções, enquanto as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos e legais contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em seres humanos, assegurando aos participantes do estudo o anonimato e a privacidade, respeitando a dignidade humana e o progresso da ciência e da tecnologia, que implicará em benefícios ao ser humano (BRASIL, 2013b).

O projeto foi cadastrado no Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas (IPECI) da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). O estudo do qual este recorte faz parte foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São Paulo, sob o parecer nº 954/376 (Anexo A).

Além disso, foi emitida pelo coordenador da pesquisa principal uma declaração autorizando a análise dos dados produzidos sobre o uso e adesão à profilaxia pós-exposição sexual ao HIV entre mulheres (Anexo B).

A seguir, serão apresentados os dados das variáveis selecionadas a fim de atingir os objetivos propostos neste estudo. Os resultados das variáveis qualitativas encontram-se distribuídos em tabelas, acompanhados de suas descrições, e os resultados das variáveis quantitativas serão descritos no decorrer do texto.

Inicialmente serão expostas as análises descritivas dos dados relativos à caracterização do universo do estudo, seguido da caracterização do uso e do seguimento da profilaxia e, por último, a análise descritiva do uso completo e do uso parcial da PEP sexual.

Para análise de todas as variáveis, foi considerado apenas o primeiro evento, portanto, foram analisados os dados de 365 mulheres. Para análise dos eventos de PEP foram utilizados 379 registros.

4.1 Caracterização do universo do estudo

Considerando que em maio de 2016 o banco de dados da pesquisa principal era formado por 2.629 registros de PEP sexual, as mulheres representaram 15,9% (n=365) de todos os registros dos quatro serviços participantes do estudo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das 365 mulheres que fizeram uso da PEP sexual segundo os serviços de saúde. Observa-se um maior número de eventos no serviço de São Paulo, seguido pelo serviço de Ribeirão Preto, ambos no estado de São Paulo.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres que fizeram uso da profilaxia pós-exposição sexual segundo os serviços de saúde, 2012-2016.

Variável	n	%
Serviços de saúde (n=365)		
São Paulo/SP	227	62,2
Ribeirão Preto/SP	75	20,5
Curitiba/PR	39	10,7
Fortaleza/CE	24	6,6

4.1.1 Características das mulheres que utilizaram PEP sexual

A média de idade foi 30,7 anos (DP=9,5), sendo a idade mínima de 16 anos e a máxima de 59 anos.

As mulheres que fizeram uso da PEP sexual possuíam, predominantemente, ensino médio completo e superior completo. Os dados da Tabela 2 apontam a alta escolaridade através da alta proporção de mulheres que ingressaram em cursos de

nível superior, e uma baixa proporção de mulheres sem nenhuma escolaridade ou que possuíam apenas o ensino fundamental. Quanto à cor da pele autorreferida, a maioria das mulheres eram brancas.

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres que fizeram uso da profilaxia pós-exposição sexual. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Escolaridade (n=365)		
Nenhuma	2	0,5
Fundamental incompleto	14	3,8
Fundamental completo	9	2,5
Médio incompleto	24	6,6
Médio completo	119	32,6
Superior incompleto	57	15,6
Superior completo	105	28,8
Ignorada	35	9,6
Cor da pele referida (n=364)		
Branca	215	59,1
Parda	84	23,1
Preta	25	6,9
Amarela	10	2,7
Indígena	2	0,5
Não informada	28	7,7

Na Tabela 3 são descritas outras características referentes às mulheres. Com relação ao pertencimento à população de maior prevalência para infecção pelo HIV, verificou-se que a maioria das mulheres não pertencia a nenhuma das populações mais vulneráveis a esse risco. O maior percentual de mulheres entre as populações de maior prevalência ao HIV correspondeu às profissionais do sexo.

Quanto ao uso de drogas, a maioria das mulheres informou não fazer uso. No entanto, este campo do instrumento de coleta dos dados foi dividido com "não informado", não havendo como analisar separadamente a frequência do não uso de drogas.

Na mesma tabela, observa-se que uma maior porcentagem de mulheres referiu nunca ter realizado teste anti-HIV na vida, portanto, a primeira testagem se deu pela ocasião da procura pela PEP sexual.

Tabela 3 – Pertencimento das mulheres a grupos de maior prevalência ao HIV, uso de drogas e teste de HIV anterior. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Grupo de maior prevalência (n=364)		
Não pertence	231	63,5
Profissional do sexo	103	28,3
Transexual	1	0,3
Homossexual	1	0,3
Outras	6	1,6
Não informado	22	6,0
Uso de drogas (n=359)		
Não/não informado	267	74,4
Sim	92	25,6
Teste anti-HIV anterior (n=355)		
Não	218	61,4
Sim	88	24,8
Não informado	49	13,8

4.1.2 Características do parceiro na exposição que ocasionou o uso da PEP sexual

Quanto às características do parceiro na relação sexual que motivou o uso da PEP sexual pelas mulheres, os dados apresentados na Tabela 4 apontam que as mulheres tiveram maior exposição com parceiro ocasional, portanto, parceiro com quem tiveram relação sexual única ou esporádica, com *status* sorológico desconhecido e que não pertencia à população de maior prevalência à infecção pelo HIV.

Verificou-se que a maioria das mulheres apresentou exposição com parceiro que não fazia uso de drogas ou não prestou informações sobre esta pergunta. Igualmente ao uso de drogas pela mulher, os dados sobre o não uso de drogas pelo parceiro foram coletados juntamente com "não informado".

Das 68 mulheres com *status* sorológico positivo do parceiro, 59 também possuíam registro de parceiro considerado população de maior prevalência HIV positivo, tendo ocorrido provável erro no preenchimento desta variável no registro de nove mulheres, portanto, 59 mulheres possuíam parceria sorodiscordante.

Tabela 4 – Características do parceiro sexual segundo tipo de parceria, *status* sorológico, população de maior prevalência e uso de drogas. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Tipo de parceiro (n=362)		
Ocasional	281	77,6
Fixo	79	21,8
Não informado	2	0,6
Status sorológico (n=361)		
Desconhecido	217	60,1
HIV positivo	68	18,8
HIV negativo	7	1,9
Não sabe/não informado	69	19,2
População de maior prevalência (n=366*)		
Não pertence	211	57,6
HIV positivo	59	16,1
Profissional do sexo	5	1,4
Travesti	1	0,3
HSH/gay/homossexual	2	0,5
Outras	12	3,3
Não informado	76	20,8
Uso de drogas (n=358)		
Não/não informado	338	94,4
Injetável	4	1,1
Outras	16	4,5

Nota: *Evento (s) com mais de uma resposta.

4.1.3 Características da exposição que ocasionou o uso da PEP sexual

Na Tabela 5 encontram-se as características da exposição que ocasionou o uso da PEP. Verificou-se que a maioria das exposições ocorreu por relação sexual do tipo vaginal com parceiro ocasional, sendo considerada para cada mulher a maior exposição entre as que foram informadas.

Houve uso do preservativo, porém com rompimento durante a relação sexual. Em contrapartida, um significativo percentual de mulheres não usou preservativo ou este foi utilizado em apenas parte da relação. Não houve risco acrescido à exposição para a maioria das mulheres.

Tabela 5 – Características da exposição sexual segundo tipo de exposição, uso de preservativo e risco acrescido. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Tipo de exposição* (n=357)		
Vaginal com parceiro ocasional	244	68,3
Vaginal com parceiro fixo	76	21,2
Anal receptiva com parceiro ocasional	25	7,0
Oral com ejaculação com parceiro ocasional	5	1,4
Anal receptiva com parceiro fixo	4	1,1
Oral com ejaculação com parceiro fixo	2	0,5
Oral sem ejaculação com parceiro fixo	1	0,5
Uso de preservativo (n=362)		
Sim/rompeu	187	51,7
Não/uso parcial	158	43,6
Sim/sem rompimento	8	2,2
Não lembra	7	1,9
Não informado	2	0,6
Risco acrescido (n=358)		
Não houve	257	71,8
Sangramento anal ou genital	8	2,2
Lesão genital visível	1	0,3
Lesão oral/sangramento visível	1	0,3
Corrimento genital	1	0,3
Outros	7	2,0
Não informado	83	23,1

Nota: *Variável múltipla que foi categorizada por ordem de exposição. Foram consideradas como anal: exposição só anal ou anal/vaginal ou anal/vaginal/oral; como vaginal: exposição só vaginal ou vaginal/oral; e como oral: a exposição apenas oral.

4.2 Caracterização do uso e do seguimento da PEP sexual

O tempo médio do acesso à PEP, ou seja, o tempo decorrido entre a última exposição e o atendimento inicial, foi 32,1 horas (DP=19,4), variando de 1 a 72 horas. Em 62,2% dos eventos, o atendimento inicial ocorreu em até 24 horas.

Para análise da Tabela 6 foram considerados os 379 eventos de PEP sexual entre mulheres. Na ocasião do atendimento inicial, observou-se que 6,6% das mulheres já haviam usado a profilaxia pós-exposição sexual na vida. Entre as mulheres que repetiram o uso da profilaxia entre 2012 e 2016, 3,2% (n=12) usaram o procedimento duas vezes e 0,5% (n=2) três vezes.

Tabela 6 – Uso anterior da profilaxia pós-exposição sexual e repetição dos eventos entre mulheres. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Uso anterior da PEP sexual (n=376)		
Não	345	91,8
Sim	25	6,6
Não informado	6	1,6
Repetição dos eventos (n=379)		
Não	365	96,3
Sim	14	3,7

Quanto ao esquema profilático prescrito para PEP sexual, observa-se que o mais utilizado foi o esquema recomendado para exposição sexual consentida até o início do segundo semestre de 2015, composto por zidovudina (AZT), lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF), seguido do esquema padrão para todos os tipos de exposição, recomendado atualmente, composto por lamivudina (3TC), tenofovir (TDF) e atazanavir/ritonavir (ATV/r).

Tabela 7 – Esquemas de antirretrovirais usados na profilaxia pós-exposição sexual. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variável	n	%
Esquemas de ARV (n=362)		
AZT+ 3TC +TDF	234	64,7
3TC+TDF + ATV/r	87	24,0
AZT+ 3TC + LPV/r	15	4,1
3TC + TDF + LPV/r	5	1,4
AZT+ 3TC +TDF + LPV/r	2	0,6
Outros	11	3,0
Não informado	8	2,2

Nota: 3TC = lamivudina, TDF = tenofovir, AZT = zidovudina, ATV/r = atazanavir/ritonavir, LPV/r = lopinavir/ritonavir.

Quanto às consultas de retorno, observa-se nos dados da Tabela 8 que a maioria das mulheres compareceu ao serviço para apenas 1 (uma) consulta. Nota-se que houve uma menor frequência de comparecimento à segunda consulta, e ainda menor à terceira e quarta consultas.

Tabela 8 – Consultas de retorno realizadas pelas mulheres durante o seguimento clínico. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variável	n	%
Consultas de retorno (n=365)		
1 consulta	179	49,0
2 consultas	92	25,2
3 consultas	40	11,0
4 consultas	32	8,8
Nenhuma	22	6,0

Na Tabela 9 encontra-se a proporção dos testes anti-HIV e seus resultados, de acordo com cada consulta de retorno. Observa-se maior realização de testagem a partir da segunda consulta de retorno, e constata-se que houve apenas um teste sorológico positivo realizado na quarta consulta de retorno.

Considerando que alguns serviços realizam consulta de retorno durante os 28 dias de uso dos antirretrovirais para avaliar o surgimento de efeitos adversos e reforçar a adesão, um percentual de mulheres realizou uma única consulta ainda durante o uso dos medicamentos, portanto, deixaram de realizar avaliação clínica e laboratorial, observado pelo baixo percentual de teste anti-HIV na consulta de retorno 1 (Tabela 9).

Tabela 9 – Proporção de testes de HIV e resultados segundo as consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variávaia	Teste HIV negativo		Teste HIV positiv	
Variáveis	n	%	n	%
Consultas				
Retorno 1 (n=179)	26	14,5	-	-
Retorno 2 (n=97)	85	87,6	-	-
Retorno 3 (n=55)	48	87,3	-	-
Retorno 4 (n=26)	25	96,2	01	3,8

A Tabela 10 representa a distribuição do uso da medicação e do surgimento de efeitos adversos, referente à primeira e segunda consultas de retorno, conforme disponibilidade de informações no banco de dados. O tempo médio para o comparecimento à primeira e segunda consultas de retorno foi, respectivamente, 28,6 dias (DP=33,4) e 76,1 dias (DP=34,9).

Observa-se que houve maior registro das informações sobre o surgimento de efeitos adversos na primeira consulta de retorno, pois a maioria das mulheres que compareceu à segunda consulta já havia finalizado o esquema de PEP. Entre as

mulheres que compareceram à primeira consulta de retorno, observa-se que a maioria usou todas as doses da medicação.

As mulheres que não utilizaram os ARV diariamente, conforme a prescrição, e que, portanto, pularam dias, ficaram em média, 11,6 dias sem uso da medicação (DP=10,6).

Das mulheres que realizaram consulta de retorno, 72,3% (n=136) apresentaram eventos adversos aos ARV, sendo os mais frequentes: náusea (n=79), cefaleia (n=33), diarreia (n=23), astenia (n=18) e epigastralgia (n=14), ressaltando que em alguns prontuários houve registro de mais de um efeito adverso.

Tabela 10 – Uso de antirretrovirais e ocorrência de efeito adverso nas duas primeiras consultas de retorno. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	Consulta de retorno 1		Consulta de	e retorno 2
variaveis	n	%	n	%
Uso de ARV	(n=187*)		(n=98*)	
Sim/todas as doses	` 117 ´	62,6	6	6,1
Não/pulou dia	17	9,1	1	1,0
Não/pulou dose	14	7,5	1	1,0
Não/atrasou dose	27	14,4	2	2,0
Não informado	12	6,4	6	6,1
Não está em uso de ARV	-	-	82	83,8
Efeito adverso	(n=179)		(n=9)	
Sim	` 129 ´	72,1	7	77,8
Não	40	22,3	1	11,1
Não informado	10	5,6	1	11,1

Nota: *Evento (s) com mais de uma resposta.

Vale destacar que alguns serviços adotam procedimentos diferentes no acompanhamento do seguimento clínico, priorizando a primeira consulta de retorno durante os 28 dias da profilaxia.

Observa-se na Tabela 11 que, entre as mulheres que compareceram ao serviço para uma ou duas consultas de retorno, um menor percentual compareceu no período de 29 a 60 dias, período mais provável para ter ocorrido, além da avaliação clínica, no mínimo um teste anti-HIV, fundamental para o seguimento sorológico da PEP sexual e avaliação da efetividade da profilaxia. Sendo assim, destaca-se o baixo percentual de realização do teste anti-HIV durante o seguimento.

Tabela 11 – Comparecimento das mulheres à consulta de retorno e teste de HIV entre 29 e 60 dias. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Consulta de retorno* (n=343)	76	22,2
Teste de HIV# (n=343)	54	15,7

Nota: *Primeiro ou segundo retorno entre 29 e 60 dias da data do primeiro atendimento. # Teste de HIV entre 29 e 60 dias da data do primeiro atendimento, entre as mulheres que compareceram ao primeiro ou segundo retorno.

4.3 Uso completo e uso parcial da PEP sexual

Das 365 mulheres do estudo, 154 possuíam informações sobre o uso dos antirretrovirais no período de 29 a 60 dias, em decorrer do comparecimento a uma ou duas consultas de retorno neste período. Dessas, a maioria fez uso completo da PEP sexual, ou seja, tomaram todas as doses ou apenas atrasaram algumas doses, conforme se observa na Tabela 12.

Tabela 12 – Uso da profilaxia pós-exposição sexual pelas mulheres segundo as categorias uso completo e uso parcial. São Paulo, Ribeirão Preto, SP; Fortaleza, CE; Curitiba, PR, 2012-2016.

Uso da PEP sexual (n=154)	n	%
Completo*	126	81,8
Parcial [#]	28	18,2

Nota: *Considerando-se as respostas "tomou todas as doses" ou "atrasou dose", nos retornos 1 e 2, entre 29 e 60 dias.

Considerando apenas o uso dos antirretrovirais, 81,8% das mulheres fizeram adesão ao uso completo da profilaxia, portanto, apresentaram alta adesão à PEP sexual.

[#] Considerando-se as respostas "pulou dia" ou "pulou dose", nos retornos 1 e 2, entre 29 e 60 dias

Neste estudo, mulheres apresentaram alta adesão ao uso dos antirretrovirais da PEP sexual. A maioria dessas usuárias possui alta escolaridade e não pertence a segmento de maior prevalência de HIV, sendo aproximadamente um terço de profissionais do sexo e 16,1% de pessoas com parceria sorodiscordante. A PEP sexual coincide com o primeiro teste anti-HIV para a maioria das mulheres.

Das 365 mulheres que fizeram uso da PEP sexual, foi possível verificar a informação sobre o uso dos antirretrovirais no período de 28 dias por apenas 154 mulheres. É possível que essa diminuição na frequência de mulheres no banco de dados ocorra devido a vieses de informação, principalmente por ausência ou falhas no registro. Contudo, também é possível que seja por perda de seguimento, o que limitou a análise descritiva do uso da PEP por toda a população do estudo.

Na presente pesquisa, a análise do período de seguimento de 29 a 60 dias aponta uma baixa frequência de realização de consultas e de teste anti-HIV. Sendo assim, é plausível supor uma baixa retenção das usuárias no serviço para as ações de avaliação clínica e laboratorial, particularmente para o teste anti-HIV. Desse modo, não podemos também afirmar a inexistência de mulheres infectadas por ocasião do uso da PEP.

Os resultados apontam que o seguimento clínico não está sendo realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde, mesmo considerando a atualização do protocolo ocorrida em 2015, que reduziu o período de seguimento para 30 e 90 dias após a exposição sexual. Mesmo as mulheres que fazem o uso completo da PEP não cumprem o seguimento clínico e laboratorial, o que sugere dificuldades que possam estar ocorrendo por fatores relacionados ao serviço e/ou às próprias mulheres. Do ponto de vista do serviço, as dificuldades podem estar relacionadas à organização dos processos de trabalho e à mudança da rotina dos profissionais de saúde com a implantação da PEP sexual. Além disso, a recomendação técnica do Ministério da Saúde para avaliação da indicação da PEP sexual é insuficiente para selecionar, com segurança, os casos indicados para receber a profilaxia, necessitando de uma avaliação de risco e aconselhamento cuidadosos (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). Do ponto de vista das mulheres, é possível que elas tenham abandonado o uso dos ARV e/ou seguimento devido a mudanças na autopercepção do risco de infecção pelo HIV ou em razão dos efeitos adversos intoleráveis dos medicamentos utilizados (COHEN et al., 2013).

A alta adesão à PEP sexual observada neste estudo é semelhante a outros contextos de epidemia concentrada, tais como nas cidades de Amsterdam, Boston, São Francisco e Paris, que obtiveram taxas de adesão de 85% (SONDER et al., 2007), 84,0% (MAYER et al., 2012), 79,0% (ROLAND et al., 2011) e 78,8% (LACOMBE et al., 2005), respectivamente. Por outro lado, estudos apontam taxas inferiores aos nossos achados, quando a taxa de adesão para todos os tipos de profilaxia não ocupacional em uma meta-análise foi 65,6% (FORD et al., 2014) e 53,0% no estudo realizado em Londres (DAY et al., 2006). Semelhante a esta pesquisa, nesses estudos foram consideradas aderentes as pessoas que fizeram uso completo dos 28 dias de medicamentos. A maioria dos estudos envolvendo uso e adesão à PEP sexual inclui homens com mulheres e outros tipos de PEP. No entanto, do ponto de vista de organização do serviço, o atendimento previsto é semelhante para todos os casos, independentemente do tipo de exposição.

Há alta ocorrência de efeitos adversos entre as mulheres, semelhante aos resultados de outras pesquisas que verificaram percentual de 70% (SONDER et al., 2007), 64% (TISSOT et al., 2010) e 58,4% (LACOMBE et al., 2005). Náusea, cefaleia e diarreia são os efeitos adversos mais comuns da PEP, semelhante à maioria dos estudos que investigaram essa variável (TISSOT et al., 2010; LACOMBE et al., 2005; MAYER et al., 2012). No entanto, não foi possível verificar a ocorrência de efeitos adversos nas 365 mulheres, pois aproximadamente metade dos registros não possuem informações a esse respeito. Dessa forma, não é possível afirmar que entre as mulheres com perda de seguimento há interrupção do uso dos medicamentos devido aos efeitos adversos dos antirretrovirais. Segundo uma meta-análise, o surgimento de efeitos adversos foi a principal causa para interrupções no uso da profilaxia, seguido da perda de interesse associada ao baixo risco de infecção pelo HIV na relação que ocasionou o uso da PEP (FORD et al., 2014).

A baixa realização do teste anti-HIV durante o seguimento também pode ser observada em outros estudos. Em um estudo retrospectivo, 45,0% e 14,0% dos usuários realizaram teste anti-HIV com três e seis meses, respectivamente (DAY et al., 2006). No mesmo intervalo de seguimento, estudo realizado na Suíça encontrou taxas de 51,0% e 22,0% (TISSOT et al., 2010), enquanto um estudo realizado em Paris observou um maior percentual de realização do teste anti-HIV com 30 dias

após a exposição, com taxa de 67,8% (LACOMBE et al., 2005), apontando variações entre os diversos serviços.

Quanto ao perfil das mulheres que usam a PEP sexual, cerca de um terço correspondem a profissionais do sexo e um quinto possuem parceria estável com homens que vivem com HIV. Portanto, aproximadamente a metade pertence a grupos prioritários para as políticas de prevenção da infecção pelo HIV. Essas mulheres também apresentam alta escolaridade, o que pode facilitar o acesso às informações sobre as estratégias de prevenção.

Contudo, é possível que parte das mulheres com práticas de sexo comercial não tenham relatado essa informação devido a fatores relacionados ao estigma e discriminação. Outros fatores que podem diminuir o acesso das profissionais do sexo ao serviço são as questões relacionadas ao horário de funcionamento das unidades e o medo de mau atendimento (VILLELA; MONTEIRO, 2015). Um baixo percentual de uso da PEP por pessoas que praticam sexo comercial também foi observado na Suíça, em que 50% dos usuários não pertenciam a nenhum grupo de risco e apenas 3% eram profissionais do sexo; 36% de todos os usuários eram mulheres e a maioria dos eventos de PEP ocorreu por exposição sexual (TISSOT et al., 2010).

A maioria das mulheres desconhece o *status* sorológico do parceiro, achado semelhante aos de outros estudos realizados em locais onde a epidemia de HIV/Aids é concentrada nas populações de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Em estudo realizado em Paris, apenas 25,2% dos usuários de PEP possuíam conhecimento do *status* positivo do parceiro (LACOMBE et al., 2005), e outro realizado na Austrália encontrou uma taxa de 32,0% (POYNTEN et al., 2007). Por outro lado, o uso da PEP sexual por mulheres em parceria sorodiscordante aponta a importância dessa estratégia como medida complementar a outras medidas de prevenção, tais como o uso de preservativo e realização do teste anti-HIV.

A alta procura pela PEP sexual por mulheres com parceria ocasional provavelmente foi motivada pelo desconhecimento do *status* sorológico do parceiro, devido aos sentimentos de dúvida e ansiedade, característicos da ausência de vínculo afetivo nas relações casuais. Diferentemente do que ocorre nas relações estáveis, que desenvolvem sentimentos de confiança no parceiro e sensação de proteção, base das relações amorosas, favorecendo a negação do risco de infecção pelas mulheres (ALVES et al., 2002). O predomínio das parcerias ocasionais

também levanta o questionamento sobre outras circunstâncias de risco nas relações heterossexuais, e, nesse cenário, o sexo transacional é pouco abordado. Assim como no sexo comercial, o sexo transacional também se refere à troca de sexo por dinheiro, mas as mulheres não se intitulam como prostitutas e usam menos preservativo com seus parceiros (VILLELA; BARBOSA, 2015).

A maioria dos estudos descreve o perfil sociodemográfico dos usuários da PEP por meio das variáveis idade e cor da pele. Poucos utilizam variáveis associando a vulnerabilidade social à infecção pelo HIV, a exemplo da escolaridade. Em estudo realizado em Boston, mais de 70% dos usuários de PEP sexual possuíam alta escolaridade (MAYER et al., 2012). No Brasil, dados epidemiológicos dos últimos anos apontam crescimento da infecção pelo HIV em pessoas com maior escolaridade. Nas mulheres, o aumento é observado principalmente entre as que possuem ensino médio completo (BRASIL, 2015b), dados convergentes ao perfil das mulheres observado nesta pesquisa.

Estudo realizado em Salvador com mulheres casadas soronegativas ou que desconhecem o *status* sorológico do parceiro, em união estável por mais de um ano, indicou a influência da escolaridade na vulnerabilidade. As que possuíam nível médio de escolaridade revelaram-se vulneráveis à transmissão sexual por reconhecer prevalecer os aspectos afetivos em detrimento da prevenção. Enquanto mulheres com menor nível de escolaridade reproduzem o conhecimento veiculado pelas campanhas de prevenção de forma normativa, com pouco envolvimento com a questão, predominando as ideias apoiadas em construções sociais e culturais, divulgadas pela mídia no início da epidemia (RODRIGUES et al., 2012).

A maioria das mulheres faz o primeiro teste anti-HIV na vida por ocasião da PEP sexual. Além da finalidade preventiva de caráter biomédico, esse tipo de profilaxia também se apresenta como mais uma oportunidade de acesso ao teste, e de apropriação do uso deste como estratégia de cuidado à saúde. No entanto, o baixo percentual de teste anti-HIV na vida é preocupante devido ao percentual significativo de mulheres em condições de vulnerabilidade à infecção pelo HIV observado no estudo, pois como a média de idade das mulheres é 30,7 anos, podese considerar tardia a realização do primeiro teste.

A procura pelo teste e pela PEP envolve questões relacionadas ao conhecimento sobre as estratégias de prevenção, mas envolve principalmente a percepção do risco de exposição nas relações sexuais. No estudo de Paiva et al.

(1998) com mulheres que vivem com HIV, apenas 7,4% tiveram a iniciativa de fazer o teste pelo reconhecimento dos fatores de risco aos quais se expõem. Nesse sentido, a baixa percepção de risco pelas mulheres reflete questões relacionadas aos condicionantes de gênero, que impactam no perfil de acesso às ações de saúde e na adoção de práticas (VILLELA; MONTEIRO, 2015).

O uso do preservativo, embora haja rompimento e uso parcial, pode ser explicado pelo alto percentual de relações sexuais eventuais identificadas no presente estudo, pois mulheres possuem baixa percepção do risco de transmissão do HIV quando se trata de relações estáveis, inclusive as profissionais do sexo. Segundo revisão, estudos nacionais e internacionais verificaram que prostitutas utilizam bem mais preservativos com clientes do que com parceiros fixos, enquanto as ações preventivas voltadas para essas mulheres se concentram no uso de preservativo masculino apenas com clientes (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015).

Entre os desafios futuros para a ampliação do uso da PEP sexual por mulheres, destaca-se a ampliação do conhecimento por parte da população, inclusive para os grupos de maior exposição, pois a estratégia tem um potencial de atrair para a rede de saúde populações que não costumam buscar atendimentos por outras razões, como é o caso das profissionais do sexo. Desse modo, a PEP sexual se apresenta como uma oportunidade para criação de vínculos com os serviços de saúde (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). Porém, a ampliação do conhecimento e a organização dos serviços não são suficientes para o aumento do uso da PEP sexual pelas mulheres, pois aspectos socioculturais e as desigualdades de gênero reduzem a autonomia feminina em relação aos homens, constituindo barreiras para apropriação de medidas preventivas da infecção pelo HIV (ESTAVELA; SEIDL, 2015), o que implica na necessidade de intervenções que promovam governabilidade nas relações sociais e íntimas das mulheres (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015).

Por fim, apesar do uso completo dos antirretrovirais da PEP sexual, ações importantes para a prevenção da infecção do HIV ainda são pouco utilizadas pelas mulheres, ao exemplo do teste anti-HIV. Por outro lado, a ausência de informações nos prontuários apontam para a necessidade de maiores investimentos na qualidade do atendimento dos serviços de saúde, sobretudo dos registros, para aumentar o vínculo com os profissionais, ampliar o uso das estratégias de prevenção pelas mulheres e contribuir com o desenvolvimento de novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. N; KOVÁCS, M. J.; STALL, R.; PAIVA, V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 32-9, 2002.
- ANJOS, R. H. D. dos et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 4, p. 829-37, 2012.
- ANTUNES, M. C. PERES, C. A.; PAIVA, V. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública.** v. 36, n. 4, p. 88-95, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 375-417, 2006.
- BARBOSA JÚNIOR, A.; SZWARCWALD, C. L.; PASCOM, A. R. P.; SOUZA JÚNIOR, P. B. Tendências da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. 4, p. 727-37, 2009.
- BENN, P.; FISHER, M.; KULASEGARAM, R. On behalf of the BASHH PEPSE Guidelines Writing Group Clinical Effectiveness Group. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. **Int JSTD AIDS**. v. 22, n. 12, p. 695-708, 2011.
- BENTZ, L.; ENEL, P.; DUNAIS, B. et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. **AIDS Care**. v. 22, n. 12, p. 1509-16, 2010.
- BLASHILL, A. J.; EHLINGER, P. P.; MAYER, K. H., SAFREN, S. A. Optimizing adherence to preexposure and postexposure prophylaxis: the need for an integrated biobehavioral approach. **Clinical Infectious Diseases**. v. 60, n. 3, p. 187-90, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Unidade de Prevenção. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST . Brasília, 2007.
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008 . Suplemento III - Tratamento e Prevenção, Brasília, 2010a.
Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 284/2010 . UAT/DST-Aids e Hepatites Virais/SVS/MS. 2010b.
Ministério da Saúde. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids : Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2010c.
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST . Brasília, Edição revisada, 2011.
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos . Brasília, 2013a.
Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 . Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013b.
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico - Aids e DST . Brasília, 2014.
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: Ministério da Saúde, 2015a.
Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico - Aids e DST . Brasília, 2015b.

BRITO, A. M.; SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev Assoc Med Bras.** v. 52, n. 1, p. 86-92, 2006.

BRYANT, J.; BAXTER, L.; HIRD, S. Non-occupational postexposure prophylaxis for HIV: a systematic review. **Health Technol Assess**. v. 13, n. 14, p. 1-60, 2009.

CHEQUER, P. A prevenção da infecção pelo HIV e as novas tecnologias. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, 2010.

COHEN, S. E.; LIU, A. Y.; BERNSTEIN, K. T. et al. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. **Am J Prev Med**. v. 44, n. 1S2, p. S80-S85, 2013.

DAY, S.; MEARS, A.; BOND, K. et al. Post-exposure HIV prophylaxis following sexual exposure: a retrospective audit against recent draft BASHH guidance. **Sex Transm Infect**. v. 82, n. 3, p. 236-7, 2006.

ESTAVELA; A.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidade feminina e prevalência do HIV/SIDA em Moçambique: pontos para reflexão. **Rev. Cient. UEM: Sér. ciênc. bioméd. saúde pública**. v. 1, n. 1, p. 27-41, 2015.

FÉLIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/Aids e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 4, p. 884-91, 2012.

FILGUEIRAS, S. L. **HIV/Aids e profilaxia pós-exposição sexual: estudo de caso de uma estratégia de saúde**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, 2015. 159p.

FORD, N.; IRVINE, C.; SHUBBER, Z. et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**. v. 28, n. 28, p. 2721-7, 2014.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. de. A epidemia de Aids no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2355-67, 2010.

GRANGEIRO, A.; COUTO, M. T.; PERES, M. F. et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The

Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. **BMJ Open**. v. 5, n. 8, 2015a.

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D.; CALAZANS, G. et al. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, p. 43-62, 2015b.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M.I.B. A reemergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface. Comunicação Saúde Educação**. Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-6, 2015.

HALLAL, R. C.; RAXACH, J. C.; BARCELLOS, N. T.; MAKSUD, I. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, N. 1, p. 169-182, 2015.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, p. 764-767, 2008.

IRVINE, C.; EGAN, K. J.; SHUBBER, Z. et al. Efficacy of HIV postexposure prophylaxis: systematic review and meta-analysis of nonhuman primate studies. **Clinical Infectious Diseases**. v. 60, n. 3, p. 165-9, 2015.

IZULLA, P.; MCKIBBEN, P. S.; MUNYAO, J. et al. HIV post-exposure prophylaxis in an urban population of female sex workers in Nairobi, Kenya. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 2012. Oct.:1.

JAIN, S. et al. Longitudinal trends in HIV non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP) use at a Boston community health center between 1997 and 2013. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v. 68, n. 1, p. 97-101, 2015.

JOSHI, M.; BASRA, A.; McCORMICK, C. et al. Post-exposure prophylaxis after sexual exposure (PEPSE) awareness in an HIV-positive cohort. **Int J STD AIDS**. v. 25, n. 1, p. 67-9, 2014.

LACOMBE, K.; DAGUENEL-NGUYEN, A.; LEBEAU, V. et al. Determinants of adherence to non-occupational post HIV exposure prophylaxis. **AIDS**. v. 20, n. 2, p. 291-4, 2005.

- LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. O par e o ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/Aids em contextos de prostituição. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, n. Suppl 1, p. 7-25, 2015.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Colet**. v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.
- LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev de Saúde Pública**. v. 41, p. 39-46, 2007.
- MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, n. 1, p. 104-119, 2015.
- MARTINS, T. A.; KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. et al. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e Aids no mundo. **Rer Fisioter S Fun.** v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.
- MAYER, K. H.; MIMIAGA, M. J.; GELMAN, M. et al. Raltegravir, tenofovir DF, and emtricitabine for postexposure prophylaxis to preven the sexual transmission of HIV: safety, tolerability, and adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v. 59, n. 4, p. 354-9, 2012.
- MELCHIOR, R.; NEMES, M. I. B; ALENCAR, T. M. D.; BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev de Saúde Pública**. v. 41, p. 87-93, 2007.
- NAICKER, N. et al. Risk factors for HIV acquisition in high risk women in a generalised epidemic setting. **AIDS Behav**. 2015.
- NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; HELENA, E. T. S. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55, p. 207-212, 2009.
- OLDENBURG, C. E.; BÄRNIGHAUSEN, T.; HARLING, G. et al. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. **AIDS Behav**. v. 18, n. 2, p. 217-25, 2014.

PAIVA, V. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud.** v. 3, p. 34-38, 1998.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCWALD, C. L. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. **Cad Saúde Pública**. v. 27, n. suppl. 1, p. s27-s35, 2011.

POYNTEN, I, M. et al. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. **HIV Medicine**. v.8, p. 374-381, 2007.

RABAUD, C.; BURTY, C.; GRANDIDIER, M. et al. Tolerability of postexposure prophylaxis with the combination of zidovudine-lamivudine and lopinavir-ritonavir for HIV infection. **Clinical Infections Diseases**. v.2. 40, p. 303-5, 2005.

RODRIGUES, L. S. A; PAIVA, M. S.; OLIVEIRA, J. F.; NÓBREGA, S. M. Vulnerabilidade de mulheres em união estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rer Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 349-55, 2012.

ROLAND, M. E.; NEILANDS, T. B.; KRONE, M. R. et al. A randomized noninferiority trial of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. **Clinical Infectious Diseases**. v. 53, n. 1, p. 76-83, 2011.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. suppl. 2, p. s321-s33, 2009.

SCHECHTER, M.; DO LAGO, R. F.; MENDELSOHN, A.B. et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. v. 35, n. 5, 2004.

SEGURADO, A. A. C. Prevenção biomédica da infecção por HIV/Aids. In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Orgs). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde**: entre indivíduos e comunidades – Livro II. Curitiba, Ed Juruá. 2012. p. 309-349.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Rev bras anal clin**. v. 42, n. 3, p. 209-12, 2010.

SILVA, R. A. R. da; DUARTE, F. H. S.; NELSON, A. R. C.; et al. A epidemia da Aids no Brasil: análise do perfil atual. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 7, n. 10, p. 6039-8, 2013.

SIMON, C. P.; SILVA, R. C; PAIVA, V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 82-7, 2002.

SONDER, G. J. B. et al. Trends in HIV postexposure prophylaxis prescription and compliance after sexual exposure in Amsterdam, 2000–2004. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 34, n. 5, p. 288–293, 2007.

SULTAN, B.; BENN, P.; WATERS, L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. **HIV AIDS (Auckl)**. v. 6, p. 147-158, 2014.

TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e Aids: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Rev latino-am enferm**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 59-65, 1998.

TISSOT, F.; ERARD, V.; DANG, T. et al. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. **HIV Medicine**. v. 11, p. 584-92, 2010.

UNAIDS. 90-90-90 uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de Aids, 2015.

VALADARES, A. L. R.; PINTO-NETO, A. M.; ABDO, C. et al. HIV em mulheres de meia-idade: fatores associados. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 56, n. 1, 2010.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar em estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? **Rev Bras Epidemiol**. v. 18, n. 1, p. 131-142, 2015.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/Aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília. v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015.

WHO. The strategic use of antiretrovirals - to help end the HIV epidemic. 2012a.

WHO. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low – and middle – income countries. Recommendations for a public health approach. 2012b.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO CEP - PESQUISA PRINCIPAL

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do

uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-

exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

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

Versão: 3

CAAE: 34145314.5.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 954.376 Data da Relatoria: 10/02/2015

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO A – PARECER DO CEP – PESQUISA PRINCIPAL (Continuação)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 954.376

ocorre o acesso e o uso da PEPsexual e a adoção de outros métodos preventivos, a partir da inter-relação de três aspectos: organização dos serviços; percepção e prática dos profissionais de saúde ante os métodos preventivos não tradicionais e a população que procura o atendimento nos serviços; e os mecanismos de escolha e busca dos indivíduos pela PEPsexual e outros métodos preventivos. Será aprofundada, ademais, a compreensão dos efeitos do uso de métodos não tradicionais nas práticas sexuais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar três questões centrais: (1)a efetividade da profilaxia pós-exposição sexual oferecida em serviços públicos de saúde do Brasil; (2) mudanças de práticas sexuais e preventivas decorrentes da oferta da PEPsexual e; (3) os efeitos de proteção obtidos pelo uso combinado de métodos preventivos e/ou da profilaxia pré-exposição sexual oferecidos na rotina de serviços de saúde do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada a proposição de risco indicada pelos pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem alta relevância e esta muito bem delineado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em avaliação anterior deste CEP o projeto foi aprovado e encaminhado ao CONEP por estar classificado como "Área Temática Especial _ Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País. Em 27/01/2015 o CONEP relatou que "...o protocolo de pesquisa em tela não se enquadra na Área Temática Especial "Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País" (considerando as informações do item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012), não cabendo a sua análise ética à CONEP, mas somente ao CEP."

Assim, como o projeto já havia sido avaliado por este CEP como aprovado reitero a primeira avaliação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO A - PARECER DO CEP - PESQUISA PRINCIPAL (Continuação)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 954.376

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 13 de Fevereiro de 2015

Assinado por: Roger Chammas (Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA PESQUISA PRINCIPAL



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, na qualidade de coordenador da Pesquisa Análise da efetividade de medicamentos antirretrovirais para a profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual (PEPsexual), em uma coorte de indivíduos expostos de cinco cidades brasileiras, aprovada no Chamamento Público SVS-MS 01-2012, realizado pelo Ministério da Saúde, que autorizo Maria Mônica Paulino do Nascimento, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, a analisar os dados produzidos na pesquisa referentes ao uso e adesão à profilaxia préexposição sexual ao HIV entre mulheres.

Declaro ainda que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 06/08/2014, registrado sob Protocolo de Pesquisa nº 251/14.

São Paulo, 23 de novembro de 2015.

Alexandre Grangeiro

Pesquisador Científico V

Departamento de Medicina Preventiva

Faculdade de Medicina - USP