

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

Gustavo Olivier Cavalheiro

**PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PREP): CONHECIMENTO DE**  
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Santa Cruz do Sul

2018

Gustavo Olivier Cavalheiro

**PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PREP): CONHECIMENTO DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Enf.<sup>a</sup> Suzane Beatriz Frantz Krug.

Santa Cruz do Sul

2018

Gustavo Olivier Cavalheiro

**PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV (PREP): CONHECIMENTO DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Esta monografia foi submetida ao processo de  
avaliação pela Banca Examinadora para  
Obtenção do título de Enfermeiro.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Suzane Beatriz Frantz Krug  
Prof. Orientador

---

Ana Zoé Schilling  
Prof<sup>ª</sup>. Enf<sup>ª</sup> Curso de Enfermagem

---

Nestor Pedro Roos  
Prof<sup>º</sup>. Enf<sup>º</sup> Curso de Enfermagem

## RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico e gravidade. Com isso, novas estratégias de prevenção surgiram com o tempo, dentre elas, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), que é a utilização do medicamento antirretroviral por indivíduos que não estão infectados pelo HIV, com o medicamento circulante no sangue, o vírus do HIV não consegue se estabelecer no organismo, impedindo a infecção. Esta profilaxia vem se destacando pela sua eficácia, com redução no risco de infecção que varia de 92% a 100%. Deste modo, este estudo tem como objetivo identificar e analisar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV. Trata-se de uma pesquisa, exploratória, descritiva com uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em duas ESF's, sendo uma rural e uma na urbana, em duas UBS's e no Centro Municipal de Atendimento a Sorologia (CEMAS) de um município da região central do Rio Grande do Sul, através de uma entrevista semiestruturada, com questões abertas que foram audiogravadas e transcritas para posterior análise, utilizando a análise temática de Minayo descrita em três etapas. Foram entrevistados 23 profissionais de Saúde com tempo de atuação no serviço superior a um ano. A análise de dados trouxe quatro categorias temáticas que responderam os objetivos deste estudo levando a perceber de modo geral, que os profissionais atuantes no serviço especializados, possuem conhecimento acerca da PrEP, e estão preparados tecnicamente para trabalhar com pacientes HIV/AIDS, em contra partida os profissionais atuantes na Rede Básica do município em questão, desconhecem esta nova profilaxia e não estão devidamente capacitados para lidar com esses pacientes, necessitando fortemente de capacitações nessa área. Acerca dos métodos preventivos citados pelos entrevistados, destaca-se o uso de preservativo, testagem rápida para a detecção de anticorpos anti-HIV e cuidado com material perfuro cortante.

**Palavras-chaves:** AIDS. PrEP. Prevenção.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Frequência de realização de exames complementares no seguimento clínico.....	20
Quadro 2 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP.....	27
Quadro 3 - Seguimento Clínico e Laboratorial de pessoas em uso de PrEP.....	30
Quadro 4 - Medicamentos para PREP e Interações Medicamentosas.....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
Ac	Anticorpo
Ag	Antígeno
ALT	Alanina Aminotransferase
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde
ARV	Antirretroviral
AST	Aspartato Aminotransferase
CICr	Clearance de Creatinina
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV-HIV	Carga Viral de HIV-1
DFC	Dose Fixa Combinada
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
dT	Vacina dupla adulto
DTG	Dolutegravir
DTP	Vacina difteria, tétano e coqueluche de células inteiras
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
FTC	Entricitabina
HBV	Vírus da hepatite B
HCV	Vírus da hepatite C
HIV-1	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 (human immunodeficiency virus - type 1)
HIV-2	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2 (human immunodeficiency virus - type 2)
HPV	Papilomavírus Humano (human papiloma vírus)
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
IC	Intervalo de Confiança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LT-CD4+	Linfócito T CD4+
MS	Ministério da Saúde do Brasil
MSM	Mulheres que fazem sexo com outras mulheres
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tenofovir
TR	Teste Rápido
UDI	Usuários de drogas injetáveis

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>10</b>
<b>3 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 Etiologia</b> .....	<b>12</b>
<b>3.2 Patogenia</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Sinais, sintomas e fases da Aids</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4 Formas de transmissão e diagnóstico do HIV</b> .....	<b>15</b>
<b>3.5 Índices epidemiológicos</b> .....	<b>16</b>
<b>3.6 Tratamento para o HIV</b> .....	<b>18</b>
<b>3.7 Exames de rotina</b> .....	<b>19</b>
<b>3.8 Imunizações</b> .....	<b>21</b>
<b>3.9 Adesão ao tratamento antirretroviral</b> .....	<b>21</b>
<b>3.10 Prevenção</b> .....	<b>23</b>
<b>4 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV</b> .....	<b>25</b>
<b>4.1 Populações e contextos sob risco aumentado para utilização da PrEP</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 Entendimento e motivação para início da PrEP</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3 Consulta de avaliação dos exames e prescrição de PrEP</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4 Esquema antirretroviral para PrEP</b> .....	<b>29</b>
<b>4.5 Avaliação de eventos adversos</b> .....	<b>31</b>
<b>4.6 Avaliação de interações medicamentosas</b> .....	<b>31</b>
<b>4.7 Estratégias de adesão à PrEP</b> .....	<b>32</b>
<b>4.8. Quando interromper a PrEP</b> .....	<b>32</b>
<b>4.9 PrEP durante a concepção, gestação e aleitamento</b> .....	<b>33</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
<b>5.1 Tipo de pesquisa</b> .....	<b>34</b>
<b>5.2 Local de pesquisa</b> .....	<b>35</b>
<b>5.3 Sujeitos do estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>5.4 Instrumento da coleta de dados</b> .....	<b>37</b>
<b>5.5 Procedimentos éticos e operacionais</b> .....	<b>37</b>
<b>5.6 Análise de dados</b> .....	<b>38</b>

<b>6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>6.1 Vivências de profissionais de saúde frente a pacientes portadores de HIV/AIDS ...</b>	<b>41</b>
<b>6.2 Preparo e conhecimento de métodos preventivos ao vírus HIV: percepções dos profissionais de saúde.....</b>	<b>44</b>
<b>6.3 Conhecimento dos profissionais de saúde frente a PrEP e sua eficácia.....</b>	<b>48</b>
<b>6.4 Sugestões de práticas e medidas de assistência para adesão da PrEP entre usuários e profissionais de Saúde.....</b>	<b>49</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE C – Carta de aceite de instituição parceira .....</b>	<b>61</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico e gravidade. HIV é uma sigla utilizada para o vírus da imunodeficiência humana, que pode levar à AIDS (UNAIDS, 2018). O vírus do HIV se espalha através de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T, afetando e destruindo essas células específicas do sistema imunológico, tornando o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS (UNAIDS, 2018).

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS está concentrada em alguns segmentos populacionais que respondem pela maioria de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais e profissionais do sexo. Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes, jovens e idosos (BRASIL, 2017b).

De 1980 a junho de 2017, foram identificados no Brasil 882.810 casos de AIDS. O país tem registrado, anualmente, uma média de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo destes: 96.439 (49,7%) na região Sudeste; 40.275 (20,7%) na região Sul; 30.297 (15,6%) na região Nordeste; 14.275 (7,4%) na região Norte; 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste (UNAIDS, 2018).

Com isso, novas estratégias de prevenção surgem como ferramentas complementares no enfrentamento da epidemia de HIV ampliando a gama de opções que os indivíduos terão para se prevenir contra o vírus e oferecendo mais alternativas (cientificamente eficazes) (FIOCRUZ, 2018).

Entre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV, que será abordado neste trabalho, está a Profilaxia Pré-Exposição ao vírus da imunodeficiência humana (PrEP, do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) que trata-se de uma estratégia de prevenção que consiste no uso diário de um medicamento antirretroviral (ARV) por pessoas não infectadas pelo HIV. Seu uso correto reduz em mais de 90% o risco de aquisição da infecção. O Brasil é pioneiro na América Latina e Caribe ao adotar a PrEP como política pública (FIOCRUZ, 2018).

A política brasileira de enfrentamento ao HIV/AIDS reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em

diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas, com isso devem-se ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, afim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. A pessoa deve escolher o(s) método(s) que melhor se adequem às condições e circunstâncias de sua vida, tendo como princípios norteadores a garantia de direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo (BRASIL, 2017b).

O interesse em aprofundar conhecimentos nesta temática vem de muito tempo, pois falar sobre o HIV sempre foi um assunto que chamou a atenção do pesquisador. Com a ocorrência e aumento de novos casos de HIV, este vírus caracteriza-se como um amplo problema na saúde pública há muitas décadas.

Cabe ao enfermeiro, dentre suas atribuições juntamente com a equipe de saúde ter responsabilidade e conhecimento para garantir que a população mais exposta entenda a importância de aderir corretamente o tratamento da PrEP e diminuir assim, consideravelmente, o risco de infecção por HIV.

Este trabalho tem a intenção de contribuir para o levantamento de profissionais da saúde sobre a PrEP, sua operacionalização e os benefícios para os usuários; enfatizando as ações de enfermagem para a boa adesão ao tratamento. Além disso, foi investigado sobre a população mais indicada a aderir ao tratamento, avaliação sobre a implementação da PrEP, já que se trata de um novo tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a opinião destes profissionais sobre esta profilaxia.

Sendo assim o presente projeto tem como problema de pesquisa: Qual o entendimento de profissionais de saúde sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV (PrEP)?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Averiguar o entendimento profissionais de saúde sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV (PrEP).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Investigar a opinião de profissionais de saúde sobre métodos preventivos entre eles, a Profilaxia Pré-exposição;
- Verificar sugestões de práticas e medidas de assistência por parte dos profissionais e serviços de saúde para melhoria da adesão dos usuários a PrEP.

### 3 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Esta epidemia começou na África há mais de 40 anos, mas somente a partir do final dos anos 70 e do começo dos anos 80, adquiriu notoriedade. Por ser uma doença desconhecida, foi chamada inicialmente de “peste gay”, e posteriormente, os indivíduos foram divididos nos famosos grupos de risco, o que, além de ter sido uma atitude errônea, contribuiu para o aumento da discriminação das pessoas HIV+ e de seus hábitos de vida (SPRINZ; FINKELSZTEJN, 1999).

Segundo Costa, Portes e Sampaio (2014), os primeiros casos de AIDS/SIDA (Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) confirmados no Brasil ocorreram no estado de São Paulo.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2). Geralmente, a infecção pelo HIV leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária (VERONESI, 2002).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é definida como a forma mais grave de um continuum de doenças associadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Se não for tratada, provoca degeneração lenta do sistema imune, com desenvolvimento de infecções oportunistas, deterioração orgânica e neoplasias malignas. A doença pelo HIV implica toda a evolução da infecção pelo HIV, desde a infecção assintomática e sintomas iniciais até a AIDS totalmente instalada. Desde 1996, a doença pelo HIV tem sido considerada como uma afecção crônica – controlável com medicamentos e adesão estrita do paciente às recomendações de tratamento (NETTINA, 2011 apud REIS, 2016).

Existem dois tipos de HIV diferenciando-se apenas por modificações genéticas, o HIV-1, descoberto em 1984, encontrado em todos os continentes, e o HIV-2, descoberto em 1986, com prevalência restrita à África. No Brasil, predomina-se o HIV-1, sendo pouco frequentes as infecções pelo HIV-2 (COSTA; PORTES; SAMPAIO, 2014).

O HIV-1 e o HIV-2 têm sido mais estudados, e a história natural da infecção pelo primeiro está mais bem esclarecida. O HIV-1 é mais virulento do que o HIV-2, ainda que ambos estejam associados à AIDS. O HIV-2 é encontrado mais comumente na África. Apresenta menor transmissibilidade que o HIV-1 e está associado à viremia plasmática menor e deterioração clínica mais lenta. O primeiro caso conhecido de infecção pelo HIV-1, documentado a partir de detecção de anticorpos, ocorreu em 1959. A síndrome compreende

manifestações relacionadas com a deficiência imunológica e ocorrência de doenças oportunistas, entre as quais se destacam infecções fúngicas sistêmicas, tuberculose e pneumocistose, entre outras (DUNCAN, 2013 apud REIS, 2016).

A epidemia global de HIV/AIDS que hoje vivemos ainda não existe cura efetiva e segura, mas os cientistas estão trabalhando intensamente em busca de resultados e permanecem esperançosos. Enquanto isso não acontece, com cuidados médicos apropriados, o HIV pode ser controlado. O tratamento para o HIV é frequentemente denominado terapia antirretroviral ou ART e pode prolongar expressivamente as vidas de muitas pessoas infectadas pelo HIV e diminuir as chances de transmissão. Antes da introdução da ART na metade dos anos 90, pessoas com HIV progrediam para a AIDS em apenas alguns anos. Hoje em dia, alguém diagnosticado com HIV e tratado antes do avanço da doença pode ter uma expectativa de vida quase igual a de uma pessoa não infectada (UNAIDS, 2018).

No Brasil, a epidemia de HIV/aids é concentrada em alguns segmentos populacionais que respondem pela maioria de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais e profissionais do sexo. Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens. Porém, o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus. Além de apresentarem maior risco de adquirir o HIV, essas pessoas frequentemente estão sujeitas a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito e aumentando, assim, sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS (BRASIL, 2017a).

### **3.1 Etiologia**

Os vírus da imunodeficiência humana HIV-1 e HIV-2 são membros da família *Retroviridae*, na subfamília dos lentivírus. Este grupo de vírus se manifesta por infecção persistente, a despeito de resposta imune do hospedeiro. Os retrovírus caracterizam-se por terem replicação dependente de um DNA de dupla-hélice intermediário, integrado ao genoma da célula hospedeira. O provírus de dupla-hélice se forma a partir do modelo de RNA de fita única do próprio vírus, usando apenas a transcriptase reversa. O HIV é esférico, tendo aproximadamente 100nm de diâmetro, com um core (núcleo viral) constituído de duas fitas de RNA e proteínas estruturais estabilizadas por um capsídeo proteico, circundado por um envelope externo de glicoproteínas em uma membrana lipídica (VERONESI, 2002).

O HIV, assim como outros retrovírus naturalmente patogênico, não é transmitido nas células germinativas do hospedeiro humano. O genoma do HIV constitui-se de três genes estruturais principais (gag, pol, env) típicos dos retrovírus; no entanto o HIV, tem um maior número de genes regulatórios (tat, nef, rev, vif, vpr, vpu) quando comparado à maioria dos retrovírus descritos anteriormente. O gene gag codifica um precursor que, ao clivar-se, origina várias proteínas estruturais/organizacionais do *core* viral, incluindo proteína da matriz, do capsídeo e associadas ao ácido nucléico. Esta clivagem requer a presença de uma protease viral, que por sua vez é o produto do gene polimerase (pol), também responsável pela produção das proteínas transcriptase reversa e integrase. A proteína glicosilada do envelope viral, produto do gene env, é clivada por proteases celulares em glicoproteínas de superfície e transmembrana, formadoras de envelope do *virion*. O processo proteolítico pós-montagem das proteínas do *core* parece ser necessário para promover a infectividade viral. O papel das proteínas regulatórias do HIV não está totalmente definido, e o controle da expressão dos genes regulatórios deste vírus vem sendo pesquisado (VERONESI, 2002).

### 3.2 Patogenia

A característica da infecção pelo HIV-1 é a depleção seletiva de linfócitos T CD4+, crucial na manutenção da função imune normal. A patogenia viral da Aids é caracterizada por uma série de eventos coordenados posteriores a infecção do hospedeiro. Estes eventos são baseados em: replicação viral nas células apresentadoras de CD4 do tecido linfóide e de outros sítios; resposta imune celular e humoral que resultam em uma contenção parcial do vírus com consequente estado de persistência viral; eventualmente, um posterior escape do HIV-1 de sua contenção parcial, ao longo do curso da doença, com níveis virais crescentes e declínio progressivo na população de células CD4 circulantes (VERONESI, 2002).

A replicação viral ativa ocorre durante todos os estágios da doença. Os tecidos linfocitários funcionam como reservatório primário e sítio de replicação do HIV, e virtualmente todos os indivíduos infectados pelo HIV, a despeito do estágio clínico da doença, a exibem viremia plástica persistente na faixa de  $10^2$  a  $10^7$  vírions/ml<sup>6</sup>. A dinâmica entre eliminação (*clearance*) e reposição (*turnover*) de células T CD4+ infectadas e produção viral foi recentemente esclarecida. Foi demonstrado que o período de vida do vírus no plasma e das células produtoras do vírus é extremamente curto, com uma meia-vida de aproximadamente dois dias. Baseado neste fato, 30% ou mais da população total de vírus no plasma são substituídos diariamente. Estima-se que a taxa de *turnover* de células T CD4+ seja em média

5% da população total de células, dependendo do estágio da doença. A rápida reposição (*turnover*) do HIV causa maior possibilidade de geração de diversidade viral e de oportunidades crescentes de mudanças biológicas importantes e conseqüentemente, com chances de escapes dos agentes anti-retrovirais. As cepas virais também podem se diferenciar quanto às taxas de replicação e a citopatogenicidade, acrescentando uma nuance importante ao contexto da carga viral (VERONESI, 2002).

### **3.3 Sinais, sintomas e fases da Aids**

Ainda a muito a ser esclarecido sobre a evolução do HIV no organismo, sua dinâmica viral e seu mecanismo de doença; entretanto, desde os primeiros relatos sobre a AIDS até os dias atuais, progressos importantes têm sido alcançados. É importante saber a fisiopatogênica da imunodeficiência e a velocidade de sua evolução para assim propor o momento mais correto para a intervenção medicamentosa. De forma geral, pode-se dividir a doença em três grandes fases: Infecção aguda, período assintomático e doença sintomática. (SPRINZ; FINKELSZTENJN, 1999).

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da aids, o sistema imunológico começa a ser atacado. E é na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV (tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença). Esse período varia de três a seis semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebida. A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas isso não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período, que pode durar muitos anos, é chamado de assintomático (BRASIL, 2018a).

Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns. A fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4+ (glóbulos brancos do sistema imunológico) que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm<sup>3</sup> de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns nessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. Com a baixa imunidade ocorre o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado

da doença, a AIDS. Quem chega a essa fase, por não saber da sua infecção ou não seguir o tratamento indicado pela equipe de saúde, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer (BRASIL, 2018a).

### **3.4 Formas de transmissão e diagnóstico do HIV**

Segundo Veronesi (2002) estudos mostram que há várias maneiras de contrair o HIV, sendo que a via sexual é a forma de transmissão mais predominante, a seguir algumas das formas de contrair o HIV: Sexo sem o uso de preservativos; Uso de seringa por mais de uma pessoa; Transfusão de sangue contaminado; Da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação; Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

Conhecer o quanto antes a sorologia positiva para o HIV aumenta muito a expectativa de vida de uma pessoa que vive com o vírus. Quem se testa com regularidade, busca tratamento no tempo certo e segue as recomendações da equipe de saúde ganha muito em qualidade de vida. Além disso, as mães que vivem com HIV têm 99% de chance de terem filhos sem o HIV se seguirem o tratamento recomendado durante o pré-natal, parto e pós-parto. Por isso, se você passou por uma situação de risco, como ter feito sexo desprotegido ou compartilhado seringas, faça o teste anti-HIV. O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue ou por fluido oral. No Brasil, temos os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os exames podem ser feitos de forma anônima. Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, para facilitar a correta interpretação do resultado pelo usuário. Também é possível saber onde fazer o teste pelo Disque Saúde 136 (BRASIL, 2018b).

Segundo Brasil (2016) os testes complementares G convencionais (western blot - WB, imunoblot - IB ou imunoblot rápido - IBR) são menos sensíveis que os testes de triagem de 3ª e 4ª gerações; por isso, são inadequados para a detecção de infecções recentes, e elevam o custo do diagnóstico. Atualmente, os testes moleculares são os mais eficazes para a confirmação diagnóstica, por permitirem o diagnóstico de infecções agudas e/ou recentes e apresentarem melhor custo-efetividade.

Por outro lado, existem indivíduos, chamados de controladores de elite G, que mantêm a viremia em um nível que pode ser indetectável em testes moleculares. Nesses casos, o diagnóstico só pode ser realizado mediante a utilização dos testes complementares



convencionais (WB, IB e IBR) citados. A estimativa do número de indivíduos considerados controladores de elite depende de dois parâmetros: o valor da carga viral (CV) e o tempo em que o indivíduo permanece com a CV indetectável. É importante observar que, em fluxogramas que utilizam testes moleculares para confirmação, indivíduos controladores de elite e indivíduos não infectados, porém com resultado falso-reagente no teste de triagem G, terão resultado igualmente não reagente no teste molecular G (TM). A distinção entre essas duas situações se dará por meio da realização de testes como o WB, IB ou IBR (BRASIL, 2016).

Diante dessa diversidade de cenários, não é possível a utilização de apenas um fluxograma para cobrir todas as situações que se apresentam para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Assim, casos de infecção recente são melhor identificados com a utilização de um teste de 4ª geração como teste de triagem e um teste molecular como teste complementar. Os controladores de elite, por sua vez, podem ser identificados com imunoenaios G (IE) de 3ª ou 4ª geração, seguido da realização de um WB como teste complementar (BRASIL, 2016).

Pessoas na fase crônica da infecção são identificadas com sucesso por meio de qualquer combinação de testes de triagem (3ª ou 4ª gerações), seguido por um teste complementar (WB, IB, IBR ou TM). Em nosso país, a maioria dos indivíduos é diagnosticada na fase crônica da infecção (>95%) (BRASIL, 2016).

### **3.5 Índices epidemiológicos**

Segundo as estatísticas do UNAIDS (2018), atualmente no mundo 20,9 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral até junho de 2017. 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2016. 1,8 milhão de novas infecções pelo HIV em 2016. 1 milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em 2016. 76,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia. 35 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia.

No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV, na população geral, encontra-se em 0,4%, enquanto alguns segmentos populacionais demonstram prevalências de HIV mais elevadas. Esses subgrupos populacionais são gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam drogas, profissionais do sexo, pessoas trans e pessoas em parceria sorodiscordante para o HIV. Estudos realizados no Brasil demonstraram taxas de prevalência de HIV de 4,9% entre mulheres profissionais de sexo; 5,9% entre pessoas que

usam drogas (exceto álcool e maconha); 10,5% entre gays e HSH; 31,2% entre pessoas trans; Pessoas que usam crack e similares, 5% (BRASIL, 2017).

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste. Os casos notificados de infecção pelo HIV no Sinan segundo faixa etária no período de 2007 a 2017, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos (BRASIL, 2016).

A taxa de detecção de Aids em 2016 no Rio Grande do Sul foi de 31,8 casos/100 mil habitantes, havendo uma redução de 9,4% em relação ao ano anterior. Porém, ainda representa quase o dobro da taxa do Brasil (18,5 casos/100 mil habitantes), sendo a 2ª taxa mais elevada entre os estados brasileiros. A capital, embora também com elevadas taxas de detecção, vem apresentando nos últimos seis anos diminuição da ocorrência de novas infecções na população em geral, mas ainda mantém a 1ª posição no Ranking de capitais com a maior taxa de detecção (65,9 casos/100 mil habitantes), seguida de Florianópolis (61,5 casos/100mil habitantes) e Belém (55,4 casos/100mil habitantes) em 2016. Do total de casos notificados no RS desde 1980 até 30 de junho de 2017, 59,3% corresponde ao sexo masculino e 40,7% feminino. Sendo a maior concentração dos casos de Aids no RS está em indivíduos com idade entre 30 e 34 anos (17,7%), seguida pela faixa etária dos 35 aos 39 anos (15,9%). Em 2016, a maior taxa de detecção foi entre aqueles com 35 a 39 anos (68,9 casos/100 mil hab.). Analisando a série histórica da taxa de detecção de Aids segundo a faixa etária, é possível observar na população geral um aumento da taxa nas faixas dos 15 aos 19 anos (9,6 em 2006 para 10,9/100.000 habitantes) e entre pessoas com 50 anos ou mais (de 23,6 para 27,3/100.000hab nos últimos 10 anos) (SECRETARIA DA SAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2017).

A taxa de detecção de HIV em gestantes no RS em 2016 foi de 8,8 casos para cada 1.000 nascidos vivos representando uma redução de 8,3% em relação ao ano anterior. Porém, o RS ainda ocupa o 1º lugar no ranking dos estados com a maior taxa de detecção, sendo 3,4 vezes maior que a do Brasil (2,6/1.000 nascidos vivos). Dentre as capitais, Porto Alegre apresenta a maior taxa de detecção de HIV em gestantes do Brasil, porém, vem apresentando

uma tendência de declínio, chegando a 20,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos em 2016, em comparação à taxa de 2015 que foi de 22,0/1.000 nascidos vivos. No RS, a mortalidade por Aids tem sido quase o dobro da mortalidade no Brasil nos últimos anos, porém, é possível observar um declínio de 17,2% na mortalidade no estado, sendo de 11,6 em 2006 para 9,6 óbitos/100 mil habitantes em 2016. Na capital, a redução da mortalidade por Aids vem sendo observada atingindo o seu menor patamar (22,4 óbitos/100mil habitantes) em 2016 (SECRETARIA DA SAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2017).

### 3.6 Tratamento para o HIV

Os medicamentos utilizados para o tratamento do HIV são os antirretrovirais (ARV) que surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. Isso porque os medicamentos antirretrovirais reduzem a quantidade de vírus circulante no corpo da pessoa vivendo com HIV, alcançando a chamada “carga viral indetectável”. Pessoas que vivem com HIV com carga viral indetectável têm uma possibilidade insignificante de transmitir o vírus à outra pessoa em relações sexuais desprotegidas. Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente os ARV a todas as pessoas vivendo com HIV que necessitam de tratamento. Atualmente, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas, conforme tabela 1 abaixo:

**Tabela 1 – Medicamentos oferecidos pelo SUS para tratamento do HI**  
(continua)

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	Abacavir (ABC) 300mg	Comprimido revestido
2	Abacavir (ABC) solução oral	Frasco
3	Atazanavir (ATV) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
4	Atazanavir (ATV) 300mg	Cápsula gelatinosa dura
5	Darunavir (DRV) 75mg	Comprimido revestido
6	Darunavir (DRV) 150mg	Comprimido revestido
7	Darunavir (DRV) 600mg	Comprimido revestido
8	Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido revestido
9	Efavirenz (EFZ) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
10	Efavirenz (EFZ) 600mg	Comprimido revestido

**Tabela 1 – Medicamentos oferecidos pelo SUS para tratamento do HI**  
(conclusão)

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE
11	Efavirenz (EFZ) solução oral	FRASCO
12	Enfuvirtida (T20)	Frasco-ampola
13	Entricitabina 200mg + tenofovir 300mg	Comprimido revestido
14	Estavudina (d4T) pó para solução oral	Frasco
15	Etravirina (ETR) 100mg	Comprimido revestido
16	Etravirina (ETR) 200mg	Comprimido revestido
17	Fosamprenavir (FPV) 50mg/mL	Frasco
18	Lamivudina (3TC) 150mg	Comprimido revestido
19	Lamivudina 150mg + zidovudina 300mg (AZT + 3TC)	Comprimido revestido
20	Lamivudina (3TC) solução oral	Frasco
21	Lopinavir 100mg + ritonavir 25mg (LPV/r)	Comprimido revestido
22	Lopinavir 80mg/mL + ritonavir 20mg/mL (LPV)	Frasco solução oral
23	Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200mg + 50mg	Comprimido revestido
24	Maraviroque (MVC) 150mg	Comprimido revestido
25	Nevirapina (NVP) 200mg	Comprimido simples
26	Nevirapina (NVP) suspensão oral	Frasco
27	Raltegravir (RAL) 100mg	Comprimido mastigável
28	Raltegravir (RAL) 400mg	Comprimido revestido
29	Ritonavir (RTV) 100mg	Comprimido revestido
30	Ritonavir (RTV) 80mg/mL	Frasco
31	Tenofovir (TDF) 300mg	Comprimido revestido
32	Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg	Comprimido revestido
33	Tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + efavirenz 600mg	Comprimido revestido
34	Tipranavir (TPV) 100mg/mL	Frasco
35	Tipranavir (TPV) 250mg	Cápsula gelatinosa mole
36	Zidovudina (AZT) 100mg	Cápsula gelatinosa dura
37	Zidovudina (AZT) solução injetável	Frasco-ampola
38	Zidovudina (AZT) xarope	Frasco

FONTE: BRASIL (2018c).

### 3.7 Exames de rotina

No atendimento inicial, são solicitados os seguintes exames: sangue (hemograma completo), fezes, urina, testes para hepatites B e C, tuberculose, sífilis, dosagem de açúcar e gorduras (glicemia, colesterol e triglicerídeos), avaliação do funcionamento do fígado e rins, além de raios-X do tórax. Outros dois testes fundamentais para o acompanhamento médico são o de contagem dos linfócitos T CD4+ e o de carga viral (quantidade de HIV que circula

no sangue). Eles são cruciais para o profissional decidir o momento mais adequado para iniciar o tratamento ou modificá-lo. Como servem para monitorar a saúde de quem toma os antirretrovirais ou não, o Consenso de Terapia Antirretroviral recomenda que esses exames sejam realizados a cada três ou quatro meses. Determinada pelo médico, a frequência dos exames e das consultas é essencial para controlar o avanço do HIV no organismo e determina o tratamento mais adequado em cada caso. Em pacientes em uso de TARV, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a CV-HIV para avaliar a eficácia da TARV e detectar precocemente a falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de CV-HIV detectáveis (GIV, 2018b).

### Quadro 1 - Frequência de realização de exames complementares no seguimento clínico

Exame	Pré-TARV	Seguimento	Observação
<b>Hemograma completo</b>	Sim	6-12 meses	Repetir em 2-8 semanas se início ou troca de TARV com AZT.
<b>Creatinina sérica e Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe)</b>	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 semanas se em uso de TDF ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe <60ml/min ou risco aumentado para doenças renal ( ex: diabetes, hipertensão)
<b>Exame básico de urina</b>	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 semanas se em uso de TDF ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe <60ml/min, proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex: diabetes, hipertensão).
<b>AST, ALT, FA, BT e frações</b>	Sim	3-12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeções com HCV ou HCB.
<b>CT, LDL, HDL e TGL</b>	Sim	Anual	Intervalos de 6 meses em caso de alterações na última análise.
<b>Glicemia de jejum</b>	Sim	Anual	Considera testes de tolerâncias à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dl.
<b>PT</b>	Sim	Anual se exame inicial <5mm	Iniciar tratamento para infecção latente quando PT maior ou igual a 5mm e excluída TB ativa.
<b>Teste imunológico para sífilis</b>	Sim	Semestral/ conforme indicação.	Considera maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição.
<b>Anti-HCV</b>	Sim	Anual/ conforme indicação.	Considera maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição. Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou em caso de suspeita de infecção aguda.
<b>Triagem HBV (HBsAg e anti-HBc total)</b>	Sim	Anual/ conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição. Vacinar pacientes não imunizados. Pacientes imunizados (anti-HBs positivos) não necessitam nova triagem para HBV.
<b>Rastreamento das alterações ósseas</b>	Sim	2-3 anos	Mulheres após os 40 anos (pré-menopausa) Homens após os 40 anos.
<b>Investigação de TB</b>	Sim	Em todas as consultas.	Fazer rastreamento clínico, com busca ativa de sinais e sintomas sugestivos de TB.
<b>Avaliação cardiovascular</b>	Sim	Anual	Frequências maiores conforme risco inicial e TARV em uso.
<b>Rastreamento de</b>			Abordar no diagnóstico e conforme indicação

<b>neoplasias</b>			especifica.
<b>Imunizações</b>			Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.
<b>Avaliação neuropsiquiátrica</b>			Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.8 Imunizações

Adultos e adolescentes vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente. Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ abaixo de 200 céls/mm<sup>3</sup>), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de TARV, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais. A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência está condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave (BRASIL, 2017b).

A imunogenicidade e a eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pacientes imunodeprimidos em relação aos imunocompetentes. Por esse motivo, quatro doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual, são necessárias à indução de anticorpos em níveis protetores (BRASIL, 2017b).

### 3.9 Adesão ao tratamento antirretroviral

Aderir ao tratamento para a aids, significa tomar os remédios prescritos pelo médico nos horários corretos, manter uma boa alimentação, praticar exercícios físicos, comparecer ao serviço de saúde nos dias previstos, entre outros cuidados. Quando o paciente não segue todas as recomendações médicas, o HIV, vírus causador da doença, pode ficar resistente aos medicamentos antirretrovirais. E isso diminui as alternativas de tratamento. Seguir as recomendações médicas parece simples, mas é uma das grandes dificuldades encontradas pelos pacientes, pois interfere diretamente na sua rotina. O paciente deve estar bem informado sobre o progresso do tratamento, o resultado dos testes, os possíveis efeitos colaterais e o que

fazer para amenizá-los. Por isso, é preciso alertar ao médico sobre as dificuldades que possam surgir, além de tirar todas as dúvidas e conversar abertamente com a equipe de saúde. Para facilitar a adesão aos medicamentos, recomenda-se adequar os horários dos remédios à rotina diária. Geralmente os esquecimentos ocorrem nos finais de semana, férias ou outros períodos fora da rotina. Utilizar tabelas, calendários ou despertador, como do telefone celular, facilita lembrar os horários corretos para tomar os remédios (GIV, 2018a).

Para quem recebe o diagnóstico de HIV, viver com o preconceito pode ser mais difícil do que viver com o vírus. O preconceito isola as pessoas, dificulta o tratamento e faz muitas outras evitarem o exame, com medo de descobrir se têm ou não o HIV. O apoio da família e dos amigos é essencial, mas a sociedade como um todo precisa despertar para a solidariedade e a garantia dos direitos da pessoa vivendo com HIV/Aids (GIV, 2018a).

Entre os fatores que facilitam a adesão ao tratamento estão: esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitam o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido; Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento; Acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar; Vínculo com os profissionais de saúde, a equipe e o serviço de saúde; Capacitação adequada da equipe multidisciplinar; Acesso facilitado aos ARV, mediante o funcionamento e localização adequados da UDM; Educação entre pares, em parceria com Organizações da Sociedade Civil; Apoio social (BRASIL, 2017b).

Entre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento estão: complexidade do esquema terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses); Faixa etária do paciente (criança, adolescente e idoso); Baixa escolaridade; Não aceitação da soro positividade; Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão; Efeitos colaterais do medicamento; Relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde e os serviços prestados; Crenças negativas e informações inadequadas em relação ao tratamento e à doença; Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento; Abuso de álcool e outras drogas; Dificuldade de acesso ao serviço; Medo de sofrer com a discriminação; Precariedade ou ausência de suporte social/exclusão social (BRASIL, 2017b).

Existem diversas estratégias que a equipe de saúde pode desenvolver para facilitar a adesão dos usuários ao tratamento, tais como: rodas de conversa, grupos de apoio, atividades em sala de espera, disponibilização de material educativo, atividades entre pares com o apoio das organizações da sociedade civil, entre outras (BRASIL, 2017b).

### 3.10 Prevenção

O uso de ARV representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Diversas evidências científicas oferecem fortes evidências de que o tratamento de indivíduos infectados pelo HIV pode reduzir significativamente a transmissão sexual do HIV. Níveis baixos de CV sérica do HIV estão associados a menores concentrações do vírus nas secreções genitais. Estudos em casais heterossexuais soro diferentes demonstraram que, quando a CV sérica de HIV é menor, os eventos de transmissão são menos comuns. Assim, uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra IST, seguindo TARV corretamente e com CV-HIV suprimida, tem mínimas chances de transmitir o HIV pela via sexual. O uso do preservativo continua sendo recomendado como forma de cuidado adicional para evitar reinfecção pelo HIV e para prevenção de outras IST e hepatites (BRASIL, 2017b).

Segundo Grupo de Incentivo à Vida (GIV, 2018a), o vírus HIV pode ser transmitido de diversas maneiras e para cada uma delas é preciso cuidados específicos para que não haja a transmissão:

- Prevenção no contato sexual: a camisinha ou preservativo continua sendo o método mais eficaz para prevenir muitas doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids, a sífilis, a gonorreia e alguns tipos de hepatites em qualquer tipo de relação sexual (anal, oral ou vaginal), seja homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher. Embora o preservativo masculino seja o modelo mais conhecido e de uso mais disseminado, as mulheres também têm a opção de utilizar a camisinha feminina. Seja qual for o modelo, a camisinha deve ser usada do começo até o fim de qualquer relação sexual e nunca utilize o mesmo preservativo mais de uma vez;

- Prevenção na utilização de materiais perfuro-cortantes: Devido a possibilidade de se transmitir o vírus HIV durante o compartilhamento de objetos perfuro-cortantes, que entrem em contato direto com o sangue, é indicado o uso de objetos descartáveis. Se os instrumentos não forem descartáveis, como lâmina de depilação, navalhas e alicates de unha, é recomendável que se faça uma esterilização simples (fervendo, passando álcool ou água sanitária). É importante destacar que os objetos cortantes e perfurantes usados em consultórios de dentista, em estúdios de tatuagem e clínicas de acupuntura também correm o risco de estarem contaminados. Portanto, exija e certifique-se que os materiais estão esterilizados e, se são descartáveis, sejam substituídos;

- Prevenção no uso de drogas injetáveis: O uso de drogas injetáveis e o compartilhamento de seringas é uma das principais formas de transmissão do vírus HIV.



Durante o contato do sangue soropositivo, a seringa é contaminada e a reutilização da seringa por terceiros é também uma forma de contágio do vírus, já que pequenas quantidades de sangue ficam na agulha ou seringa após o uso. Se outra pessoa usar essa agulha ou seringa, esse sangue será injetado na corrente sanguínea da pessoa. Por isso, os usuários de drogas injetáveis também precisam tomar alguns cuidados: Ter materiais de uso próprio (seringa, agulha, etc.) e não compartilhá-los com outros usuários; Não reutilizar as agulhas e seringas; Descartar os instrumentos em local seguro, dentro de uma caixa ou embalagem. As campanhas para se evitar a contaminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis contam com distribuição de seringas e agulhas esterilizadas;

- Prevenção em transfusão de sangue: O contágio de diversas doenças, principalmente do vírus HIV, através da transfusão de sangue e da doação de órgãos tem contribuído para que as instituições de coleta selecionem criteriosamente seus doadores e adotem regras rígidas para testar, transportar, estocar e transfundir o material. Estes procedimentos estão garantindo cada vez mais um número menor de casos de transmissão de doenças através da transfusão de sangue e da doação de órgãos. Atualmente, apenas pessoas saudáveis e que não façam parte dos grupos de risco para adquirir doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue, como Hepatites B e C, HIV, Sífilis e Chagas, podem fazer a doação de sangue. Ainda assim é imprescindível que você, ou seus familiares, se certifiquem, antes de se submeter a transfusão de sangue, de que o sangue e o material hemoderivado foi devidamente testado;

- Prevenção da transmissão vertical (gravidez, parto ou amamentação): É importante que toda mulher grávida faça o teste que identifica a presença do vírus HIV. Se o exame for positivo, a gestante vai receber um tratamento adequado para evitar a transmissão para o filho na hora do parto. A gestante soropositiva recebe ao longo da gravidez e no momento do parto medicamentos indicados pelo médico. Até as seis primeiras semanas de vida, o recém-nascido também deverá fazer uso das drogas. Como a transmissão do HIV de mãe para filho também pode acontecer durante a amamentação, através do leite materno, será necessário substituir o leite materno por leite artificial ou humano processado em bancos de leite que fazem aconselhamento e triagem das doadoras.

#### **4 PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV**

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), é a utilização do medicamento antirretroviral por aqueles indivíduos que não estão infectados pelo HIV, mas se encontram em situação de elevado risco de infecção. Com o medicamento já circulante no sangue no momento do contato com o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo (BRASIL, 2017b).

Entre as atuais estratégias de prevenção biomédica contra a infecção pelo HIV, a profilaxia pré-exposição (PrEP), vem se destacando pela eficácia apresentada nos ensaios clínicos desenvolvidos, com redução no risco de infecção que varia de 92% a 100%, a depender da adesão à terapêutica. Seu uso é particularmente recomendado para populações-chave vulneráveis a infecção, dentre os quais se destacam homens que fazem sexo com homens (HSH). O uso de PrEP por HSH em situação de risco já é uma realidade em países desenvolvidos, e conta com a anuência de agências governamentais norte-americanas, além de órgãos regulatórios de países como Reino Unido e França. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também emitiu recomendações e diretrizes para uso da PrEP por populações mais vulneráveis de países em desenvolvimento, em combinação com outras formas de prevenção (QUEIROZ, 2017).

Evidências comprovaram que a PrEP se trata de uma estratégia eficaz, com mais de 90% de redução da transmissão e sem nenhuma evidência de compensação de risco. Nos estudos, pessoas que usaram PrEP não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras DSTs e, além disso, tiveram maiores taxas de uso consistente de preservativo. No Brasil, a PrEP começou a ser disponibilizada pelo SUS em dezembro de 2017 e está disponível em 36 serviços de saúde em 22 cidades brasileiras.

Como citado acima a eficácia e a segurança da PrEP já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração. No estudo iPrEx, que avaliou a PrEP oral diária em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans, houve redução de 44% no risco de aquisição de HIV com o uso diário de comprimido único de entricitabina (FTC) combinada ao fumarato de tenofovir desoproxila (TDF). A eficácia da profilaxia foi fortemente associada à adesão: em participantes com níveis sanguíneos detectáveis da medicação, a redução da incidência do HIV foi de 95%. Entre indivíduos heterossexuais, a eficácia geral da PrEP foi de 62% no estudo TDF2, sendo de 49% entre as mulheres e 80% entre os homens incluídos no estudo. Em casais sorodiscordantes heterossexuais a PrEP também se mostrou eficaz, com redução

geral de 75% no risco de infecção por HIV no estudo Partners PrEP. Novamente, a eficácia foi mais elevada entre homens (84%) do que entre mulheres (66%) (BRASIL, 2017b).

No estudo FEM-PrEP, que incluiu somente mulheres sob risco de aquisição do HIV em três países africanos, observou-se redução de risco de apenas 6%, e o estudo foi interrompido. Embora a adesão reportada à medicação tenha sido elevada entre as participantes do estudo, a adesão aferida por meio de testes laboratoriais foi muito baixa. Resultado semelhante foi observado no estudo VOICE, que incluiu mulheres africanas e observou problemas análogos na adesão à medicação do estudo (BRASIL, 2017b).

Entre pessoas usuárias de drogas intravenosas (UDI), o estudo Bangkok Tenofovir mostrou uma redução de 49% no risco de infecção por HIV com a PrEP oral. O efeito da PrEP também foi avaliado no estudo IPERGAY em esquema sob demanda, isto é, com uso da medicação antes e após a exposição, ao invés do tradicional esquema de uso diário/contínuo. Nesse cenário, observou-se redução de 86% no risco de aquisição do HIV, mesmo com uso de menor número mensal de comprimidos. Mesmo em condições mais distantes da realidade da pesquisa clínica, a PrEP vem se mostrando eficaz para a prevenção do HIV. No estudo PROUD, que avaliou o uso aberto de PrEP em HSH com risco de infecção por HIV, observou-se 86% de eficácia da intervenção. Recentemente, diversos estudos têm analisado as melhores estratégias para implementação da PrEP para diferentes populações e contextos (BRASIL, 2017b).

Segundo Brasil (2017b, p. 15) “a PrEP é altamente eficaz quando utilizada corretamente. A correlação linear entre níveis de adesão e eficácia foi demonstrada em ensaios clínicos envolvendo diferentes segmentos populacionais”.

#### **4.1 Populações e contextos sob risco aumentado para utilização da PrEP**

Determinados segmentos populacionais, devido a vulnerabilidades específicas, estão sob maior risco de se infectar pelo HIV, em diferentes contextos sociais e tipos de epidemia. Essas populações, por estarem sob maior risco, devem ser alvo prioritário para o uso de PrEP. Contudo, o simples pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV. Para essa caracterização é necessário observar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção. Portanto, devem também ser considerados outros indicativos, tais como: Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem uso de preservativo; Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; Quantidade e diversidade de

parcerias sexuais; Histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc. (BRASIL, 2017b).

**Quadro 2 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP**

<b>Segmentos populacionais Prioritários</b>	<b>Definição</b>	<b>Critério de indicação De PREP</b>
<b>Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH).</b>	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens.	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses e/ou Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP).
<b>Pessoas transexuais.</b>	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários.	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses e/ou Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP).
<b>Profissionais do sexo</b>	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente.	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses e/ou Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e/ou Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP).
<b>Parcerias soro discordantes para o HIV.</b>	Parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não.	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

#### 4.2 Entendimento e motivação para início da PrEP

A pessoa candidata ao uso da PrEP deve compreender no que consiste essa estratégia e como ela se insere no contexto do gerenciamento do seu próprio risco de adquirir a infecção pelo HIV. Deve-se explicar às pessoas que a PrEP é um método seguro e eficaz na prevenção do HIV, com raros eventos adversos, os quais, quando ocorrem, são transitórios e passíveis de serem manejados clinicamente. Convém reforçar que a efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada ao grau de adesão à profilaxia, o uso diário e regular da medicação é fundamental para a proteção contra o HIV. No entanto, deve-se enfatizar que o uso de PrEP não previne as demais IST ou hepatites virais, sendo necessário, portanto, orientar a pessoa sobre o uso de preservativos. O medicamento não precisa ser prescrito na primeira consulta,

cabendo ao profissional de saúde avaliar a motivação do usuário em aderir ou não à PrEP. Por outro lado, entre aqueles que demonstram claramente sua vontade de iniciar a profilaxia e apresentam práticas de alto risco para o HIV, estudos demonstrativos indicam que a PrEP é significativamente mais protetora quanto menor o tempo de espera do usuário (BRASIL, 2017b).

Segundo o Manual da PrEP (BRASIL, 2017b), para a indicação do uso de PrEP, deve-se excluir o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV, uma vez que a introdução da PrEP em quem já está infectado pode ocasionar a seleção de cepas resistentes. Indivíduos com indicação momentânea de PEP podem ser futuros candidatos à PrEP. A transição para PrEP pode ser feita após os 28 dias de uso de PEP e exclusão de infecção por HIV. Indivíduos elegíveis para PrEP apresentam maior risco para a aquisição de IST, uma vez que estas compartilham com o HIV as mesmas vias de transmissão. Estudos demonstram que pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV, com incremento de 18 vezes quando a doença cursa com úlceras genitais.

Estudos realizados até o momento indicam que os portadores de infecção crônica pelo HBV podem utilizar PrEP com segurança. Como TDF e FTC são ativos na replicação do HBV, é importante que o paciente portador crônico desse vírus seja avaliado por especialista antes do início do uso de PrEP. O HBV pode voltar a se replicar com a suspensão do uso da PrEP, sendo importante, assim, monitorar a função hepática em portadores do HBV que interrompem a PrEP (BRASIL, 2017b).

As pessoas candidatas a PrEP com diagnóstico de hepatite viral B crônica devem ser referenciadas para avaliação do especialista, com o objetivo de investigar a presença de atividade da doença, grau de fibrose hepática, segurança do uso concomitante de TDF/FTC e avaliação de tratamento para essa afecção. Dada a potencial toxicidade renal de TDF, a PrEP não está indicada para indivíduos com  $ClCr \leq 60$  mL/min. A vacinação para HBV é recomendada para todas as pessoas em qualquer faixa etária. Os segmentos populacionais com indicação de PrEP também são prioritários para receber o esquema vacinal completo de HBV (três doses da vacina) (BRASIL, 2017b).

### 4.3 Consulta de avaliação dos exames e prescrição de PrEP

As pessoas candidatas à PrEP devem ser reavaliadas em até duas semanas para verificação de resultados de exames solicitados na consulta inicial e prescrição da PrEP para 30 dias (1ª dispensação). Nessa consulta devem-se realizar os seguintes procedimentos: Novo TR para HIV; avaliação dos resultados dos exames de triagem; reavaliação de indicação de PEP; avaliação da motivação para uso da PrEP; prescrição de PrEP; orientar sobre estratégias para melhor adesão; informar sobre os efeitos colaterais potenciais e o caráter transitório destes; avaliação de gerenciamento de risco e prevenção combinada. Devem ser realizadas, ainda, anamnese completa com avaliação de fatores socioeconômicos, comorbidades e medicações concomitantes, possibilidade de eventos adversos e avaliação de riscos adicionais. Convém reforçar a necessidade de prevenção combinada, utilizando-se o conjunto de estratégias mais adequado às necessidades e características de cada indivíduo. Caso a pessoa retorne com mais de três meses, deverá ser realizada a avaliação inicial completa prevista para a triagem (BRASIL, 2017b).

### 4.4 Esquema antirretroviral para PrEP

O esquema recomendado para uso na PrEP e a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), cuja eficácia e segurança foram demonstradas, com poucos eventos adversos associados a seu uso. Indica-se para a PrEP a combinação de tenofovir associado a entricitabina, em dose fixa combinada TDF/FTC 300/200mg, um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo (BRASIL, 2017b).

Estudos demonstram que as farmacocinéticas de TDF e FTC variam de acordo com o tecido corporal. Os dados sugerem que altos níveis de concentração celular dos medicamentos, para relações anais, são necessários cerca de 7 dias de uso de PrEP para alcançar a proteção. Para relações vaginais, são necessários aproximadamente 20 dias de uso. Portanto, é necessário orientar o usuário sobre a necessidade de uso do preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante esse período (BRASIL, 2017b).

Segundo Manual da PrEP (BRASIL, 2017b), nas consultas de seguimento, deve-se avaliar:

Acompanhamento clínico e laboratorial: Uma vez que a PrEP é iniciada, deve-se realizar seguimento clínico e laboratorial a cada três meses. Sobretudo no início de uso da PrEP, recomenda-se avaliar as pessoas em intervalos mais curtos. A primeira dispensação

deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias. Uma vez caracterizada a adesão do indivíduo à estratégia, o seguimento clínico e a dispensação poderão ser trimestrais (a cada 90 dias). As dispensações subsequentes de ARV não serão automáticas, mas dependerão da avaliação médica e prescrição da profilaxia. A realização de TR para HIV a cada visita trimestral e obrigatória;

Durante o acompanhamento clínico, deve-se atentar para a possibilidade de infecção aguda pelo HIV, alertando a pessoa quanto aos principais sinais e sintomas, e orientando-a a procurar imediatamente o serviço de saúde na suspeita de infecção. Em caso de suspeita de infecção aguda, deve-se interromper imediatamente a PrEP e realizar a carga viral do HIV;

A função renal necessita ser regularmente avaliada, pela dosagem de creatinina sérica e urinária para o cálculo do ClCr, devido a possibilidade de dano renal associado ao TDF;

**Quadro 3 - Seguimento Clínico e Laboratorial de pessoas em uso de PrEP**

AVALIAÇÕES		PERIODICIDADE
Avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda		Trimestral (toda consulta de PrEP)
Peso do paciente (em quilogramas)		Trimestral
Avaliação de eventos adversos à PrEP		Trimestral
Avaliação de adesão		Trimestral
Avaliação de exposições de risco		Trimestral
Dispensação de ARV após prescrição		Trimestral
Avaliação da continuidade de PrEP		Trimestral
<b>EXAMES</b>		
<b>MÉTODO</b>		<b>PERIODICIDADE</b>
Teste para HIV	Teste rápido para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma.	Trimestral (Toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis.	Trimestral
Identificação de outras IST (Clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex. cultura).	Semestral (Ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B, em caso de não soroconversão da vacina.	Pesquisa de HBsAg (ex. TR) e Anti-HBs.	A depender da soroconversão da vacina para HBV.
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. TR).	Trimestral
Monitoramento da função renal	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (Amostra isolada de urina)	Trimestral
Monitoramento da função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)	Trimestral
Teste de gravidez		Trimestral (ou quando necessário)

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

#### 4.5 Avaliação de eventos adversos

As pessoas em uso de PrEP devem ser informadas sobre a possibilidade de eventos adversos decorrentes do uso dos ARV. Nos ensaios clínicos disponíveis, os eventos adversos foram incomuns e resolveram-se no primeiro mês do uso de PrEP. O profissional de saúde deve informar ao usuário que os eventos adversos esperados (náusea, cefaleia, flatulência e edemas) são transitórios e que há possibilidade de uso de medicação sintomática para resolução dos sintomas. Além disso, os usuários devem ser orientados sobre sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV que requeiram avaliação médica imediata (BRASIL, 2017b).

#### 4.6 Avaliação de interações medicamentosas

Principais interações medicamentosas com TDF/FTC e de acordo com os medicamentos disponíveis na Rename. Para maiores informações, sugere-se consultar a bula dos medicamentos.

**Quadro 4 - Medicamentos para PREP e Interações Medicamentosas**

<b>Medicamentos</b>	<b>Interação com tdf/ftc</b>	<b>Comentários</b>
<b>Analgésicos</b>		
Ácido acetilsalicílico	Evitar	Risco de nefro toxicidade com TDF. Monitorar função renal
Ibuprofeno	Evitar	Risco de nefro toxicidade com TDF. Monitorar função renal
Naproxeno	Evitar	Risco de nefro toxicidade com TDF. Monitorar função renal
<b>Antiarrítmicos</b>		
Cloridrato de amiodarona	Cautela	
<b>Anticonvulsivantes</b>		
Topiramato	Evitar	
<b>Antidepressivos</b>		
Carbonato de lítio	Evitar	
<b>Antifúngicos</b>		
Anfotericina B	Evitar	
Cetoconazol	Cautela	
Itraconazol	Cautela	
<b>Antiprotozoários</b>		
Isetionato de pentamidina	Evitar	
Pirimetamina	Evitar	
<b>Antivirais</b>		
Aciclovir	Evitar	
Adefovir	Contraindicado	
Sofosbuvir	Cautela	
Telaprevir	Cautela	
<b>Bloqueadores de canal de cálcio</b>		
Cloridrato de verapamil	Cautela	
Metotrexato	Evitar	
<b>Citotóxicos</b>		



Metotrexato	Evitar	
<b>Anti-hipertensivos e agentes cardiovasculares</b>		
Furosemida	Cautela	
Cloridrato de hidralazina	Evitar	
<b>Imunomoduladores</b>		
Hidroxiureia	Evitar	
Interferon alfa	Evitar	
Interferon peguilado alfa-2a	Evitar	
<b>Imunossuppressores</b>		
Ciclosporina	Cautela	
Micofenolato de mofetila	Cautela	
Sirolimo	Cautela	
Tacrolimo	Cautela	
<b>Outros</b>		
Acetazolamida	Cautela	
Piridostigmina	Cautela	

Fonte: BRASIL (2017b).

#### 4.7 Estratégias de adesão à PrEP

Segundo Manual da PrEP (BRASIL, 2017b), a adesão aos ARV é fundamental para que a PrEP seja efetiva e eficaz. A adesão deve ser abordada em todas as consultas, a partir de uma via de comunicação simples e aberta. Os seguintes pontos devem ser levantados:

Avaliação da adesão da pessoa em uso da PrEP a tomada da medicação e as demais medidas de prevenção do HIV; Identificação de barreiras e facilitadores da adesão, evitando julgamento, ou juízos de valor; Reforço sobre a relação entre boa adesão e efetividade da PrEP; Identificação das melhores estratégias para garantir a adesão, como associar a tomada do medicamento a eventos que fazem parte da rotina diária do indivíduo; Identificação de possíveis mecanismos de alerta para tomada de medicação, como despertadores, aplicativos *Viva Bem*; Utilização de dados da farmácia ou do Siclom para avaliar histórico de dispensação do medicamento no período entre as consultas e contagem de comprimidos a cada dispensação; Avaliação e manejo de eventos adversos.

Recomenda-se que o acompanhamento da adesão junto a usuários mais jovens e de menor escolaridade seja realizado em intervalos de tempo mais curtos e de maneira mais próxima, especialmente na fase inicial de uso, uma vez que estudos demonstrativos de PrEP tem indicado menores taxas de adesão nessas subpopulações.

#### 4.8. Quando interromper a PrEP

A PrEP deverá ser interrompida nos seguintes casos: Diagnóstico de infecção pelo HIV; desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação; mudança no contexto de vida, com

importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção; persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes; baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão. Caso tenha havido relações sexuais com potencial risco de infecção pelo HIV, recomenda-se que o usuário mantenha o uso de PrEP por um período de 30 dias, a contar da data da potencial exposição, antes de interromper seu uso. Na suspeita de infecção aguda pelo HIV, a PrEP deve ser avaliada com relação à sua suspensão, tendo por base critérios epidemiológicos e clínicos e a adesão da pessoa, até a confirmação ou exclusão do diagnóstico (BRASIL, 2017b).

Indivíduos portadores de hepatite B em uso de PrEP devem ser avaliados anteriormente pelo clínico responsável pelo tratamento, antes de interromperem a profilaxia. A suspensão da PrEP em pessoas com doença hepática pelo HBV pode levar a flare das enzimas hepáticas e descompensação hepática e óbito em pacientes cirróticos. No momento da decisão de descontinuação da PrEP, deve-se documentar o status sorológico da pessoa que estava em uso de PrEP, a adesão até então, as razões para descontinuidade do medicamento e situações de risco. Deve-se esclarecer, também, a importância de o usuário utilizar outros métodos preventivos e se testar regularmente para HIV e outras IST, além da possibilidade de retomar o uso da PrEP, caso ainda ocorram ou voltem a ocorrer situações de maior chance de exposição ao HIV ou de utilizar a PEP em situações de exposições pontuais. Se a pessoa desejar reiniciar a profilaxia após um período de interrupção, deve-se realizar novamente a abordagem inicial, verificar critérios de elegibilidade e reintroduzir o medicamento (BRASIL, 2017b).

#### **4.9 PrEP durante a concepção, gestação e aleitamento**

Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceiro soropositivo ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê (BRASIL, 2017b).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, pela qual os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando assim, compreender ou interpretar os fenômenos em termos dos seus significados (FLICK, 2009 apud SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções, das crenças e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem sobre como vivem. Esse tipo de método além de proporcionar desvelar processos sociais, pouco conhecidos, relacionados a grupos particulares, favorece a construção de novas abordagens e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

Além disso, de acordo com Minayo (2004, p. 56) a pesquisa qualitativa também busca explorar “como as pessoas dão sentido ao mundo que as cerca, quem são elas, e como elas apresentam isto e qual o modo que respondem aos outros”. A complexidade da pesquisa qualitativa advém do fato de não haver uma estratégia própria e única para a sua condução metodológica e interpretativa. Não há um paradigma ou teoria única que a caracterize. São várias as perspectivas teóricas que reivindicam a pesquisa qualitativa: construtivismo, estudos culturais, feminismo, marxismo e modelos étnicos de estudos (MINAYO, 2004).

Os estudos exploratórios são realizados quando o objetivo é examinar um tema ou um problema de pesquisa pouco estudado, sobre o qual temos muitas dúvidas ou que não foi abordado antes. Ou seja, quando a revisão da literatura revelou que existem apenas orientações não pesquisadas e ideias vagamente relacionadas com o problema de estudo ou, ainda, se queremos pesquisar sobre temas e áreas a partir de novas perspectivas (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BATISTA, 2013).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipula-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

## 5.2 Local de pesquisa

O projeto de pesquisa previa que os locais de realização da pesquisa seriam duas ESF's, sendo uma na zona urbana, outra na zona rural, além do Centro Municipal de Atendimento a Sorologia (CEMAS) do município de Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul. Entretanto, quando iniciada a fase de coleta de dados, percebeu-se a necessidade de ampliar o número de unidades de saúde, pelo fato de que em uma das unidades investigadas, apenas dois profissionais aceitaram participar da pesquisa. Deu-se então, a escolha de mais duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ficando assim, um total de cinco serviços de saúde investigados.

Santa Cruz do Sul é a quinta economia do Estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul. Com pouco mais de 126 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010, o município está localizado no Vale do Rio Pardo, na região central do Rio Grande do Sul, a apenas 155 quilômetros de Porto Alegre. Santa Cruz do Sul possui uma rede de Saúde completa. São procedimentos de alta complexidade nas mais diversas áreas, serviços de reabilitação e recursos que vão da medicina preventiva às intervenções estéticas. Essa estrutura é composta por três hospitais - Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne, com cerca de 50 consultórios e mais de 220 médicos, dezenas de clínicas, gabinetes odontológicos e laboratórios com aparelhos de última geração. Sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão os serviços de Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde, nove UBS, vinte e duas ESFs, Cemais, Hospitalzinho, Divisão de Saúde Bucal), serviços de Atenção Especializada (Cemas, Caps II, Capsia, Caps AD, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Umrest, Cerest/Vales, Unidade de Vigilância Epidemiológica), além dos programas Bem-Me-Quer, Saúde em sua Casa, Primeira Infância Melhor, Prevenção à Violência e Samu (MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL, 2018).

O Centro Municipal de Atendimento à Sorologia DST/AIDS-CEMAS possui uma equipe composta por uma enfermeira coordenadora, dois enfermeiros assistencial, dois psicólogos, uma médica infectologista, um médico clínico geral, um médico ginecologista, dois dentistas, uma ACD (auxiliar de saúde bucal), uma farmacêutica, uma assistente social, uma monitora social, cinco técnicas em enfermagem, duas atendentes (CIEE), uma auxiliar de higienização e alguns estagiários em diversas áreas. Foi instituído em 1995, com o intuito de atender a população do Município em questões relativas a Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e, também como Centro de Referência para acompanhamento de pacientes HIV/AIDS aos municípios da 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O

Setor também tem a parceria com o Estado e o Ministério da Saúde através da Coordenação Estadual de DST/AIDS que fornece os medicamentos Antirretrovirais (ARV) e aqueles pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), preservativos e treinamento de pessoal, bem como apoio técnico necessário. O serviço conta com uma estrutura composta de 02 setores com áreas físicas definidas: SAE (serviço de assistência especializado) e CTA (centro de testagem e aconselhamento) (REIS, 2016).

A Estratégia da Saúde da Família rural possui uma equipe constituída por uma Enfermeira, uma Técnica de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, dois dentistas, dois médicos clínico geral, seis agentes comunitárias de saúde e uma recepcionista. Já a Estratégia da Saúde da Família urbana, possui uma equipe constituída por uma Enfermeira, duas Técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, um médico clínico geral, quatro agentes comunitárias e saúde e uma recepcionista.

A Unidade Básica de Saúde I possui uma equipe composta por uma Enfermeira, três Técnicos de Enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, um ginecologista, um pediatra, dois clínicos gerais, uma recepcionista, um higienizadora e três agentes comunitárias de saúde. A Unidade Básica de Saúde II possui uma equipe composta por uma Enfermeira, quatro Técnicos de Enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista, um ginecologista, um pediatra, um clínico geral, uma recepcionista, um higienizadora e agentes comunitárias de saúde.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde de nível superior e médio, atuantes nas ESF's, UBS's e no CEMAS do município em questão, sendo estes maiores de 18 anos, que atuam no serviço há mais de um ano e que aceitaram participar da pesquisa, tendo sido estes os critérios de inclusão.

Como critério de exclusão, determinou-se os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa, e que tenham tempo de atuação no serviço menor que um ano. Em função disso, o total de sujeitos da pesquisa foi de 23 profissionais da saúde.

Os sujeitos do estudo foram nominados através de Letras e números: Enfermeira(E); Técnico de Enfermagem(T); Médico(M); Assistente Social(AS) e Psicóloga(P).

#### **5.4 Instrumento da coleta de dados**

Para a coleta dos dados elaborou-se uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), construída a partir dos objetivos do projeto previamente definidos. A escolha por uma entrevista semiestruturada é mais adequada a pesquisa, pois mesmo possuindo um roteiro, este tipo de instrumento de coleta de dados permite a liberdade do entrevistador para incentivar o entrevistado a falar mais sobre uma situação específica, caso ache pertinente.

A entrevista é composta de dados de identificação e de sete questões abertas assegurando assim o foco da pesquisa para facilitar a conquista dos objetivos através de uma sequência lógica e pré-estabelecida das perguntas (MINAYO, 2007).

#### **5.5 Procedimentos éticos e operacionais**

A pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/2012 que assegura ao entrevistado o direito de ser respeitado em suas opiniões, assegura também sua vontade de permanecer e contribuir ou não na pesquisa, sempre objetivando manter a dignidade e autonomia do profissional entrevistado. Os sujeitos da pesquisa não foram identificados mantendo assim o anonimato dos mesmos, sendo identificados no estudo por letras e número. Ressalta-se ainda que dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, e em divulgação de eventos e periódicos da área.

Antes da entrevista, foi entregue e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, sendo que uma via foi assinada pelo sujeito e pelo entrevistador. Destaca-se que uma via deste documento ficou com o entrevistado e a outra ficou com o entrevistador. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados livre de interrupções e foram gravadas mediante autorização do entrevistado.

O projeto foi aceito pela secretaria de saúde do município de Santa Cruz do Sul e enviado para o Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e aprovado sob protocolo nº 093850/2018.

Antes de ir à unidade, através de contato telefônico com a Enfermeira responsável, o entrevistador conversou com a mesma, explicou o tema da pesquisa e o público alvo, e assim decidiram em conjunto, o melhor dia para a realização das entrevistas. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018.

Das cinco unidades em que foram realizadas as entrevistas, em quatro, os profissionais foram muito receptivos, acolhedores e muito comunicativos, mostrando-se abertos aos

questionamentos, interagindo com o pesquisador. Em dos serviços de saúde em que apenas dois profissionais aceitaram participar da pesquisa, estes pareciam não estar muito à vontade com a situação, sendo que, em vários momentos, houve interrupções da entrevista.

## **5.6 Análise de dados**

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas e, posteriormente lidas para separação dos aspectos mais relevantes. Para realização desta etapa foi utilizada a análise temática (MINAYO, 2007, p. 316) descrita em três etapas. A primeira é chamada de “pré-análise”, a segunda etapa é a “exploração do material” e a última é o “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”.

1ª etapa: Pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados, sendo feita a retomada dos objetivos da pesquisa, reformulando-os conforme o material coletado e realizando a confecção de indicadores que norteiem a interpretação dos resultados. Esta etapa é composta por três tarefas, sendo elas: Leitura Flutuante (leitura exaustiva do material coletado); Constituição do Corpus (organização do material, contendo normas de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) e Formulação de Hipóteses e Objetivos (Estabelecimento de hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente, respondendo às questões lhe são colocadas).

Para efetivar este processo na presente pesquisa foi executada uma entrevista gravada, e após realizada a escuta de cada uma delas. Em seguida, foram feitas as transcrições das mesmas, realizadas diversas leituras desse material, separando-as por afinidade em categorias temáticas preliminares.

2ª etapa: Exploração do Material: consiste na etapa em que será realizada a transformação dos dados na tentativa de compreender o núcleo do texto. Primeiramente é realizado o recorte do texto de acordo com uma palavra, frase, tema, ou seja, como foi definido na fase de pré-análise. O próximo passo é escolher uma forma de contagem e por último, é feita a classificação e a agregação dos dados obtidos, escolhendo a categoria teórica ou empírica para classificar o tema.

Nesta etapa, após as respostas dos entrevistados serem categorizadas, foi realizado novamente uma leitura desse material, originando recortes nas falas dos sujeitos, adequando as mesmas às categorias temáticas previamente elaboradas, de forma ainda inicial.

3ª etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: consiste na etapa onde os resultados passam por operações de percentagem ou análise fatorial, permitindo evidenciar

as informações obtidas. A partir deste posto, o pesquisador define as suas interpretações previstas de acordo com o contexto da pesquisa.

As categorias temáticas elaboradas são as seguintes: Vivências de profissionais de saúde frente a pacientes portadores de HIV/AIDS; Preparo e conhecimento de métodos preventivos ao vírus HIV: percepções dos profissionais de saúde; Conhecimento dos profissionais de saúde frente a PrEP e sua eficácia e Sugestões de práticas e medidas de assistência para adesão da PrEP entre usuários e profissionais de Saúde.



## 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Iniciaremos este capítulo, apresentando o perfil dos sujeitos integrantes do estudo (Tabela 2) e após a descrição e análise dos resultados a partir das categorias temáticas elaboradas.

**Tabela 2 - Perfil dos sujeitos integrantes do estudo.**

Variáveis	Número	Porcentagem (%)	Total	
<b>SEXO</b>				
Feminino	22	95,66%	100%	
Masculino	1	4,34%		
<b>IDADE</b>				
25-35	2	8,69%	100%	
35-45	13	56,53%		
45-55	4	17,39%		
55-65	4	17,39%		
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Casado	9	39,14%	100%	
Solteiro	7	30,43%		
União Estável	4	17,39%		
Divorciado	3	13,04%		
<b>FORMAÇÃO</b>				
Enfermeiro	5	21,73%	100%	
Tec. Enfermagem	8	34,83%		
Médico	3	13,04%		
Psicólogo	1	4,34%		
Assistente Social	1	4,34%		
ACS	1	4,34%		
ASB	2	8,69%		
Farmacêutico	2	8,69%		
<b>TEMPO FORMADO</b>				
5-10	5	21,75%		100%
10-15	10	43,47%		
Mais de 15	8	34,78%		
<b>SERVIÇO DE ATUAÇÃO</b>				
CEMAS	7	30,46%	100%	
ESF Urbana	6	26,08%		
ESF Rural	2	8,69%		
UBS Urbana I	3	13,04%		
UBS Urbana II	5	21,73%		
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO</b>				
1-5	6	26,08%	100%	
5-10	8	34,80%		
10-15	6	26,08%		
Mais de 15	3	13,04%		

**FONTE:** Dados da pesquisa (2018).

Como mostra a Tabela acima, a pesquisa foi realizada com vinte e três sujeitos, sendo a maioria do sexo feminino (95,66%), com idade entre 35-45 anos (56,53%), casados (39,14%), Técnicos de Enfermagem (34,83%), com tempo de formação entre 10-15 anos (43,47%), atuantes no CEMAS (30,46%) e com tempo de atuação no serviço entre 5-10 anos (34,80%).

A seguir serão apresentadas as quatro categorias temáticas, elaboradas na a partir da análise de dados, conforme já descrito no capítulo da metodologia.

### **6.1 Vivências de profissionais de saúde frente a pacientes portadores de HIV/AIDS**

Ao iniciar a análise dos dados apresenta-se a categoria que revela vivências dos profissionais de Saúde em relação a pacientes HIV/AIDS. Quando questionados se em algum momento se depararam no seu trabalho com pacientes HIV/AIDS, percebeu-se que a grande maioria dos entrevistados teve contato com esses pacientes na sua atuação profissional.

Dentre as respostas analisadas, percebeu-se que alguns dos entrevistados entendem a importância do acolhimento a esses pacientes, e o quão importante é essa primeira abordagem com o paciente, como podemos ver nas falas a seguir:

Sim, muito, e a gente tem que ter manejo nessas situações né, é muito importante o acolhimento pra gente conseguir firmar a adesão, convencer o paciente da importância do tratamento né, eu sempre tento levar a conversa para o entendimento do paciente, usar termos adequados, um abraço no momento certo e um discurso coerente com a realidade de cada um (E5).

Bom eu já trabalho com paciente HIV a 9 anos e pra mim é bem gratificante, por que grande parte o sofrimento deles é mental, como fica pra eles depois de um diagnóstico, então é na chegada deles, no acolhimento que a gente tem que mostrar que se importa para assim eles continuarem vindo no serviço né, e é muito difícil a questão do preconceito então, pra mim é bem importante trabalhar com esse tipo de público (P1).

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e pessoas atendidas no SUS, nos atos de receber e escutar, podendo acontecer de formas variadas. É receber a pessoa desde a sua chegada, ser responsável por ela, ouvir sua queixa, permitir que mostre as preocupações em relação à doença e deixá-la à vontade para procurar o serviço de saúde e a equipe multiprofissional sempre que necessário, facilitando o acesso ao serviço e ao tratamento. Acolher as PVHIV significa incluí-las no serviço de saúde, considerando suas expectativas e necessidades. A experiência em lidar com pessoas vivendo com outras doenças crônicas confere à equipe da Atenção Básica um saber-fazer que pode ser ampliado para o cuidado às PVHIV (BRASIL, 2017a).

Vale lembrar que as PVHIV já são atendidas nos serviços da Atenção Básica por outros motivos, os quais não estão relacionados diretamente à infecção pelo HIV. É importante, contudo, que esses serviços atendam às necessidades individuais e coletivas

também em relação à infecção pelo HIV, em uma perspectiva de cuidado integral. Devem-se buscar, de modo compartilhado com a própria pessoa, respostas e soluções a partir das competências atribuídas às equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos consultórios na rua, dos SAE, entre outros, ou de instituições de outros setores, governamentais e não governamentais. O profissional de saúde deve também informar a pessoa sobre o que é o HIV/aids, como tratar, quais as formas de transmissão e quais outros aspectos relacionados com qualidade de vida (alimentação, atividade física, autoestima) e relação social (família, amigos, relacionamentos) (BRASIL, 2017a).

Em relação a privacidade e o respeito, os entrevistados deixaram visível sua importância para com esses pacientes, como podemos ver nas falas a seguir:

Já, por que eu faço testes aqui né, então quando eu tô com o paciente dentro da sala, a gente tem que ter muito discernimento, para ver como tu vai falar, eu sempre tento explicar tudo pra eles, eu fecho a porta, digo que vai ser somente entre nós, sempre respeitando a privacidade deles né e no caso de positivo eu sempre falo que para isso tem tratamento tal, encaminho pra tal lugar, tento sempre ao máximo tranquilizar e o paciente né, mas graças a Deus até agora não foram muitos casos (E1).

Sim já tive, e foi bem tranquilo, eu já tive familiar que era portador do HIV então meu olhar para o paciente com HIV sempre foi, como que eu vou dizer, mais respeitoso, não tão preconceituoso, e se eu vou atender, eu ainda procuro saber, tocar no paciente numa boa, pra ele não se senti arredio, se sentir realmente cuidado, sempre visando o bem estar e a privacidade dele né, então é muito tranquilo pra mim (T1).

Segundo Jungues et al. (2015) o sigilo e a privacidade referem-se à maneira pela qual os profissionais devem tratar as informações colhidas no atendimento. A confidencialidade diz respeito à atitude requerida dos profissionais para lidar com as informações advindas desse relacionamento. Os três atributos – sigilo, privacidade e confidencialidade – são deveres profissionais no manuseio da informação, bem como um direito dos usuários. As equipes de atenção básica à saúde, que incluem também os agentes comunitários, têm acesso e manuseio amplos de informações sobre os usuários, fato que torna cabível a questão de como respeitar o sigilo e a privacidade dessas informações, trabalhando em uma equipe multiprofissional. A troca de informações entre usuário e profissional está a princípio ligada ao clima de confiança que se cria na relação entre ambos, relação que, segundo Teixeira, depende da qualidade do acesso e da recepção do usuário no serviço, marcadas pelo estabelecimento ou não de relação pautada pelo acolhimento.

Outros profissionais, quando questionados, relataram a complexidade de lidar com esses pacientes, em função de não atenderem com frequência esses casos, deixando claro que a AIDS é uma doença grave, o que podemos ver nas falas a seguir:

Sim nós temos aqui na unidade um paciente, que ele nos relatou né que ele era HIV positivo, então assim né, eu já passei pro resto da unidade, pra ter cuidado né, se proteger, mas agora ele não está vindo tanto por que ele se mudou, essa é a única experiência da unidade, outros nós não temos (T3).

Sim, já tivemos pelo menos um resultado positivo nesses dez anos que eu trabalho aqui, foi horripilante por que era uma paciente de dezoito anos HIV positivo, gestante e a guria parecia não estar entendendo a realidade, a mãe dela ficou apavorada chorando e ela nada não é comigo, nem ai. Mas pra mim foi impactante um criança HIV positivo gestante né, bem complicado (T7).

Embora ocorrem diversos avanços relacionados ao HIV/AIDS, estudos realizados sobre as representações dos profissionais acerca do cuidado aos indivíduos portadores da Aids documentam que o cuidado aos afetados caracteriza-se como discriminatório (SADALA; MARQUES, 2006) e é realizado por profissionais de saúde com preocupação de contágio, focados nas questões científicas em detrimento da sensibilidade e do afeto (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010). Demonstra-se, assim, que o cuidado ao portador de HIV/Aids, como objeto do trabalho com essa população, precisa ser compreendido em função dos condicionantes que determinam essa forma de agir.

Ao se considerar o cuidado como a essência do existir humano, devendo ser praticado pelos profissionais de saúde de forma ética e de acordo com a especificidade de cada indivíduo, independentemente do seu estado sorológico (MIRANDA et al., 2009), entende-se que há necessidade de transformações no seu processo. Assim sendo, é necessário que toda a equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente promova uma assistência qualificada, individualizada e humanizada para assegurar esse cuidado integral. Deste modo, a conformação e a atualização do agir dos profissionais e dos membros da equipe tornam-se importantes objetos de consideração (SILVA et al., 2011).

Uma pequena quantidade de profissionais referiu que não tiveram experiências de atendimento com esses pacientes, em função de que os mesmos vão para o serviço especializado, não procurando a atenção básica.

## 6.2 Preparo e conhecimento de métodos preventivos ao vírus HIV: percepções dos profissionais de saúde

Nesta a categoria apresenta-se relatos sobre o preparo dos profissionais de saúde para lidarem com pacientes HIV/AIDS e os métodos que os mesmos conhecem como forma de prevenção.

Quando questionados se sentiam-se preparados para lidar com pacientes HIV/AIDS, percebeu-se grande diferença entre os relatos dos profissionais atuantes na Rede Básica de Saúde e dos profissionais atuantes no Serviço especializado. Estes, sentem-se melhor preparados tecnicamente para lidar com esses pacientes. Entretanto, de forma geral, identificou-se que a maior parte dos entrevistados, sente-se preparado tecnicamente para lidar com pacientes HIV/AIDS, mas não psicologicamente como podemos ver nas falas a seguir:

Acho que a gente nunca tá preparada né, a gente nunca sabe a reação do paciente, cada pessoa é uma pessoa diferente né, a gente tem que tá preparada pra lidar com as situações (T8).

Olha eu acho que preparada tecnicamente acredito que sim, só que algumas vezes eu percebo que não estamos preparados psicologicamente, a gente também não tem todo esse suporte né, então é bem peculiar (E3).

Na verdade, não, justamente pela diferença digamos das necessidades ou por cada paciente reagir de uma forma diferente, a frase que a gente mais ouviu aqui é perdi o chão e agora? Então essa é a dificuldade na questão da preparação, lidar com o psicológico (E5).

Segundo Massignani et al. (2014) os diagnósticos de soro positividade para o HIV e de Aids são considerados más notícias, pois a revelação constitui uma situação que pode gerar stress e ansiedade, tanto para os pacientes e familiares que recebem a notícia, quanto para os profissionais incumbidos de comunicar, visto a responsabilidade que carregam. Starzewski Jr., Rolim e Morrone (2005), em seus estudos, concluíram que as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao comunicar más notícias são em relação à idade do paciente, casos agudos, e quando familiares não compreendem a gravidade da doença.

O impacto emocional do diagnóstico gera efeitos importantes para a prática das equipes de saúde. As reações emocionais constituem o contexto da comunicação para revelação do diagnóstico e demais informações. As relações de confiança estabelecidas entre profissionais, pacientes e famílias são necessárias para adesão ao tratamento, que é fundamental quando se trata de pessoas soropositivas. Assim sendo, o profissional deve estar preparado para comunicar o diagnóstico e suas implicações, pois são fatores determinantes no

processo saúde-doença e, dependendo da forma como são comunicados, podem influenciar a autoestima, a relação profissional e paciente e a adesão ao tratamento (CAMARGO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2004; OLIVEIRA; GOMES, 2004; VIEIRA; LIMA, 2002; LUNARDI, 2002).

Já outros profissionais quando questionados, não sentem-se preparados para lidar com esses pacientes, em virtude de não estarem apropriadamente capacitados tecnicamente para tal situação, como podemos ver nas falas a seguir:

Eu diria assim que não, eu acho que falta um pouco de esclarecimento em alguns pontos, acho que eu me sinto desatualizada né, faz doze anos que eu estou na prefeitura e a gente nunca teve nenhuma capacitação em relação a isso, nada, nada (T5).

Eu não me sinto preparada, vamos respirar fundo e tentar ajudar o paciente né da melhor maneira possível, mas eu não estou preparada, não me sinto capacitada (T7).

A qualidade vai além da competência técnica e envolve ações de relacionamento interpessoal, de comunicação, trabalho em equipe e ética, importantes para o desenvolvimento dos profissionais e adequação de suas funções para melhorar a eficiência, a segurança do paciente e dos profissionais, o nível de satisfação pessoal e, conseqüentemente, o desempenho no âmbito da prática profissional. As instituições de saúde e os serviços de enfermagem estão em constantes modificações na tentativa de se adaptarem a essa realidade, buscando as capacitações como componente essencial no desenvolvimento pessoal, intelectual, deve ser objeto de análises permanentes de suas necessidades com vistas a mudanças e melhorias nos processos de trabalho para que a assistência aos clientes alcance níveis satisfatórios de qualidade. As capacitações são uma ferramenta essencial com a finalidade de melhorar o desempenho profissional, possibilita o desenvolvimento de competência profissional, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade além de auxiliar a minimizar os problemas advindos da defasagem na formação (BEZERRA et al., 2012).

Dois sujeitos atuantes no serviço especializado, referiram sentir-se totalmente preparados e capacitados para lidar com esses pacientes, em função de frequentes capacitações e cursos referentes a temática, como podemos ver nas falas a seguir:

Sim, sim com certeza, eu fiz toda uma formação nessa área de atendimento e já estou a mais de 10 anos trabalhando com a população HIV/AIDS e sim pra mim é muito tranquilo com certeza (M3).

Sim é na formação que a gente tem estudos né a gente procura estar sempre capacitada né através da própria política de AIDS, congressos, e eu acho que a

própria vivência e experiência que a gente tem no dia a dia acho que nós dá a capacidade de trabalhar com os pacientes né (AS1).

A capacitação abarca aspectos históricos, preventivos, farmacológicos, contextualiza o conhecimento sobre a política de saúde, prevenção e exposição de pacientes, habilita os profissionais na área, focando no desenvolvimento profissional. O envolvimento dos profissionais de saúde é essencial, sendo a capacitação fundamental ferramenta para aumentar o conhecimento e as habilidades necessárias, no sentido desses profissionais darem suporte aos pacientes durante o processo. Alguns estudos mostraram a efetividade da capacitação de profissionais de saúde, verificou-se que 91% dos profissionais capacitados se engajaram, na organização da qual faziam parte, além de estarem preparados para colocar em prática as técnicas de intervenção aprendidas (BITTENCOURT et al., 2014).

Ao serem questionados sobre o conhecimento dos métodos preventivos contra o HIV/AIDS, podemos que muitos profissionais citaram como melhor forma de prevenção, o uso do preservativo, como pode-se ver nas falas a seguir:

A prevenção que eu falo é do autocuidado né, fazer com que as pessoas usem o preservativo em todas as relações sexuais que tiverem, não importa quem seja o parceiro (E2).

Olha o que a gente passa é não ser promiscuo, fazendo sexo né, tu ter parceiros mais certos, não ficar um dia com um e no outro dia com outro, e sempre fazer o uso do preservativo, pra não se contaminar né (T4).

O preservativo tem desempenhado um papel fundamental na luta contra o HIV/AIDS em várias partes do mundo e também no Brasil. No início da epidemia, eram distribuídos em momentos especiais, ou através de projetos de pesquisa. Em 1994, inicia-se a distribuição ampla e sistemática, e a compra da maior parte de preservativos masculinos e géis lubrificantes pelo Sistema Único de Saúde, coordenado pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN), hoje Departamento de DST/AIDS/HIV e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde (DOURADO, 2015).

O país vive um contexto de aumento da prevalência de HIV entre os mais jovens, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH); prevalências elevadas de HIV em alguns grupos populacionais em contextos de vulnerabilidade (HSH, trabalhadoras sexuais – TS, usuários de drogas – UD, travestis e transexuais) chamados hoje de populações-chave, e tendência de redução do uso regular do preservativo. Assim, faz-se necessário reconhecer a importância do preservativo no âmbito da política de prevenção do HIV/AIDS, mas também discutir seus limites (DOURADO, 2015).

Já outros profissionais, ao serem questionados, frisaram a importância dos testes rápidos como podemos ver nas falas a seguir:

Além de usar o preservativo né, é muito importante se teve relação sexual com alguém de risco, desprotegida né, fazer os testes rápidos né pra saber se está tudo bem (E1).

A gente trabalha muito a relação do diagnóstico precoce né, orientar a população em geral, de que sim faça os testes rápidos para conhecer o seu estado imunológico/sorológico (M3).

Face à complexidade e a diversidade dos problemas suscitados pela epidemia da Aids, a oferta de testes sorológicos, mundialmente, colocou-se como uma das importantes estratégias de controle (FERREIRA et al., 2001). Segundo Miranda (2009) a utilização dos testes rápidos, para o diagnóstico de infecção pelo HIV, tem se mostrado uma estratégia eficaz na implementação de novas medidas de abordagem para o diagnóstico rápido e eficaz dessa infecção.

Outros profissionais mesmo na sua minoria, citaram como forma de prevenção o cuidado com materiais perfuro cortantes, como pode-se ver nas falas a seguir:

É o não compartilhamento de agulhas, nós como profissionais da saúde a utilização de EPIs, luva de procedimento pra punccionar o paciente é esses cuidados assim básicos com os perfuros né (T6).

Isso é muito amplo né, mas o cuidado com perfuro cortantes né, materiais estéreis para tatuagens, então tem uma gama em grande de prevenção (E3).

Segundo Formozo e Oliveira (2010) os riscos nos serviços de saúde existem e, enfatizamos, os riscos biológicos pela exposição ao HIV/aids, pois é crescente o número de acidentes de trabalho por material perfurocortante contaminado pelo HIV, entre os trabalhadores de enfermagem. Os acidentes ocupacionais ocasionados por materiais perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem são frequentes, devido ao número elevado da manipulação com agulhas e tais riscos representam prejuízos tanto para os trabalhadores, como para a instituição. Neste sentido acreditamos que tal fato leva a considerar que os trabalhadores e as instituições de trabalho necessitam voltar maior atenção ao problema, direcionar medidas para a notificação dos acidentes, melhorar o encaminhamento dos trabalhadores acidentados e principalmente adotar medidas preventivas para redução dos números destes tipos de acidentes ocupacionais.



Segundo Pechansky et al. (2000) dentro desse contexto encontra-se um grupo particularmente exposto: os usuários de drogas injetáveis. Há uma preocupação com grande intensidade de uso, que frequentemente se apresentam expostos a várias situações de risco, habitualmente de forma simultânea. É razoavelmente comum nessa população o uso de seringas potencialmente contaminadas, e é rara a limpeza das seringas e das agulhas utilizadas para injeção, levando não somente à infecção pelo HIV como também a infecções de vários tipos.

### **6.3 Conhecimento dos profissionais de saúde frente a PrEP e sua eficácia**

Nessa categoria temática apresenta-se dados referentes ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação a PrEP e sua eficácia. Verificou-se que todos profissionais do Serviço Especializado conheciam a profilaxia, já os profissionais da Rede Básica não possuíam este conhecimento, por isso, percebeu-se que a grande maioria dos entrevistados do estudo não havia ouvido falar nessa nova profilaxia. Este fato pode estar relacionado a profilaxia ser recente, aos profissionais atuantes na Rede Básica na sua maioria referirem não lidar com pacientes HIV/AIDS, sendo estes encaminhados para o Serviço Especializado, não buscando assim se apropriar do assunto, aguardando capacitações do Serviço de Referência.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. A eficácia e a segurança da PrEP já foram demonstradas em diversos estudos clínicos e subpopulações, e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração. Mesmo em condições mais distantes da realidade da pesquisa clínica, a PrEP vem se mostrando eficaz para a prevenção do HIV. No estudo PROUD, que avaliou o uso aberto de PrEP em HSH com risco de infecção por HIV, observou-se 86% de eficácia. Recentemente, diversos estudos têm analisado as melhores estratégias para implementação da PrEP para diferentes populações e contextos; Sendo que a PrEP é altamente eficaz quando utilizada corretamente. A correlação linear entre níveis de adesão e eficácia foi demonstrada em ensaios clínicos envolvendo diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2018).

Os profissionais do Serviço Especializados referiam informações sobre fluxos, medicamentos, público alvo. Além disso, demonstraram preocupação em relação ao uso da PrEP e o abandono do preservativo, frisando que a eficácia da profilaxia está relacionada ao fato de que a mesma é um método que faz parte de prevenção combinada de métodos e sendo assim, deve ser utilizada concomitante com o preservativo e outras formas de prevenção.

A PrEP seria mais pra casais sorodiscordantes né e pessoas extremamente de risco né, e eu também acho que é uma forma de incentivar o não uso de preservativo durante a relação, a PrEP é uma medicação que tu vai utilizar todos os dias vai mudar todo o teu metabolismo, sendo que tu poderia utilizar o preservativo e não correr esse risco. Olha se as pessoas utilizarem da forma correta ela pode ser eficaz só que vai continuar aumentando o indices de outras infecções (T8).

A PrEP, está sendo feita o acompanhamento dos pacientes exclusivamente em Porto Alegre, mas funciona assim, depois o serviço encaminhado, o médico lá faz contato com o paciente, agendando horário e ai o usuário começa a ir no serviço, faz todos os exames, e é uma medicação que não é necessariamente vai ser usada a vida inteira né, no momento em que se elimina as questões de risco ou que a pessoa decide não usar mais ela pode abandonar o tratamento. Pra mim ela é uma medicação eficaz mas tem que ser bem controlada, o paciente que tiver com essa medicação tem que ser muito bem conscientizado por que um grande medo que os profissionais da saúde tem, é a questão de por estar fazendo a profilaxia pro HIV, que deixe de lado o cuidado com outras ISTs, né abandonando o preservativo (E5).

Zucchi (2018) em seu estudo, identificou reações negativas de parte dos profissionais acerca da PrEP, como não acreditar na segurança ou na efetividade do método; atribuir ao preservativo e a outros métodos clássicos um maior grau de proteção e dificuldades para lidar com relatos de não uso do preservativo concomitante à PrEP. Quase metade dos profissionais disse acreditar que não teriam tempo para atender aos usuários de PrEP. Há de se lembrar ainda que o principal desafio é promover um amplo acesso à PrEP, o que torna três aspectos centrais para o êxito: (1) aumentar a cobertura dos serviços; (2) assegurar que os serviços sejam ambientes culturalmente diversos e livres de discriminação e (3) investir em intervenções comunitárias, incluindo as redes sociais em que as pessoas possam contar com suas relações de suporte para acesso à informação e referência aos serviços.

#### **6.4 Sugestões de práticas e medidas de assistência para adesão da PrEP entre usuários e profissionais de Saúde.**

Nesta categoria temática, apresenta-se sugestões de práticas e medidas para adesão da PrEP entre usuários e profissionais de Saúde. Notou-se claramente unanimidade entre os profissionais quanto a essa questão, sendo citado como sugestão, a realização de capacitações, tanto para os profissionais de saúde como para os usuários, o que podemos ver nas falas a seguir:

Capacitação, eu acho que conhecimento mesmo, tu sabe que as vezes em pessoas que são relutantes as coisas novas, mas por que não conhecem né, primeiro de tudo conhecer bem, ser bem informado (E2).

Acho que capacitação, orientação pra gente estar divulgando isso também né por que é uma coisa muito recente a gente não recebeu nenhuma orientação em cima disso, então a questão da sensibilização dos profissionais da saúde (E4).

Segundo Ferreira e Kurcgant (2009), Os profissionais de saúde estão em todos os níveis de prestação de serviços à saúde, desde a atenção básica até os serviços da mais alta complexidade; bem como atuação no ensino do pessoal de nível médio, técnico e nos cursos de graduação e pós-graduação. Atualmente, percebe-se, a competência profissional como requisito básico, uma vez que se vive a era da informação e do conhecimento, buscando-se padrões de excelência, alcançando-se melhores resultados. Dessa forma o aprofundamento da capacitação profissional, na maioria das vezes, ocorre concomitantemente ao trabalho, dependendo, muitas vezes da motivação e disponibilidade pessoal, salientando-se, assim, as diferenças do comportamento humano. As capacitações estão diretamente ligadas ao serviço de Educação Continuada, que é o órgão corresponsável por treinar e capacitar os funcionários, a fim de realizarem adequadamente suas atribuições. Para tanto, é necessário o planejamento detalhado das propostas de capacitação de pessoal que alberguem conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativas. É necessário, ainda, que envolvam todas as dimensões do ser humano, ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do aprendiz.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um dos maiores problemas de saúde mundial, frente a isso, novas estratégias de prevenção do vírus HIV surgiram com o passar do tempo, dentre elas destacamos a Profilaxia Pré Exposição ao Vírus HIV (PrEP), que trata-se de um medicamento antirretroviral utilizado por indivíduos que não estão infectados pelo HIV, mas se encontram em situação de elevado risco de infecção, sendo assim, com o medicamento já circulante no sangue no momento do contato com o vírus, o HIV não consegue se estabelecer no organismo, não infectando assim o indivíduo.

No presente trabalho foram entrevistados profissionais de saúde atuantes na Rede Pública, onde notou-se o quão escasso é o conhecimento destes em relação a Profilaxia Pré Exposição ao Vírus HIV (PrEP). Dos dados analisados percebeu-se que a grande maioria dos entrevistados em algum momento do seu trabalho tiveram contato com pacientes HIV/AIDS, sentindo-se tecnicamente preparados para este atendimento, mas não psicologicamente, relatando que a maior dificuldade nessas situações é lidar com as diferentes reações dos pacientes. Dos vários métodos preventivos existentes nos dias de hoje para o vírus HIV, as formas de prevenções mais citadas dentre os entrevistados foram o uso de preservativos, e a testagem rápida para a detecção de anticorpos anti-HIV.

Entrando mais a fundo no tema proposto, nota-se diferença de conhecimento sobre a PrEP, onde os profissionais do Serviço Especializado estão capacitados sobre a nova profilaxia, e em contrapartida, os da Rede Básica ainda não. Muito disso deve-se a profilaxia ser recente, os profissionais atuantes na Rede Básica na sua maioria não lidarem com pacientes HIV/AIDS, sendo estes encaminhados direto para o Serviço Especializado, não buscando assim se apropriar do assunto. Com isso quando questionados sobre maneiras de se inteirarem sobre A PrEP, os sujeitos do estudo, referiram como a melhor maneira, a realização de diversas capacitações no âmbito da PrEP.

Frente os avanços relacionados ao HIV/AIDS, este estudo veio como forma de evidenciar as lacunas no conhecimento de profissionais de Saúde em relação a PrEP, e ressaltar a importância da atualização profissional, não somente em relação a nova Profilaxia, mas também do atendimento a pacientes HIV/AIDS. Cabe ressaltar que mesmo com a existência de Serviços Especializados para a população HIV/AIDS, estes pacientes são usuários das Unidades de Saúde, e procuram estes serviços não em virtude da sua questão sorológica, mas sim, por outros motivos relacionados a saúde, cabendo ao profissional de

Saúde ter o discernimento, ética e respeito para com esses pacientes, proporcionando um atendimento humanizado e resolutivo, sem julgamentos e preconceito.

No âmbito da Enfermagem, esta desempenha um importante papel, pois são estes trabalhadores que estão diretamente ligados a esses pacientes, sendo peça chave para uma boa adesão ao tratamento, continuidade do serviço e diminuição dos casos de infecção pelo HIV/AIDS.

Esta nova profilaxia representa grande passo para o fim da epidemia do HIV/AIDS no mundo, contudo deve ser muito abordada entre os profissionais de Saúde e usuários, ressaltando qual a população mais indicada para o seu uso, e de que a mesma é uma prevenção combinada, sendo extremamente importante a utilização concomitante com o preservativo, pois a mesma protege o usuário somente contra o HIV e não contra as outras IST's existentes, garantindo assim uma boa adesão entre os usuários.

## REFERÊNCIAS

AMATO NETO, V. et al. **AIDS na prática médica**. São Paulo: Sarvier, 1996.

BEZERRA, A. L. Q. et al. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2012.

BITTENCOURT, L. et al. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (prep) de risco à infecção pelo hiv**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Sintomas e fases da aids**. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diagnóstico do HIV**. 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Tratamento para o HIV**. 2018c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **PrEP está disponível em 36 serviços do SUS a partir deste mês**. 2018d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/prep-esta-disponivel-em-36-servicos-do-sus-partir-deste-mes>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018e.

BRITO, A. M.; CARTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CAMARGO, B. V. et al. Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 343-354, 2010.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Makron, 1996.

COSTA, M.; PORTES, A. G. S.; SAMPAIO, R. A. A inaptidão de candidatos à doação de sangue relacionada à soropositividade ao HIV1/2 no Brasil. **REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, [S.L], v. 3, n. 1, 2014.

DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. Bras. Epidem**, v. 18, n. 1, 2015.

FERREIRA, J. C. O. A.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 31-36, 2009.

FERREIRA, M. P. S. et al. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 240-250, 2009.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz. **HIV: pesquisa da Fiocruz analisa adesão à profilaxia pré-exposição**. 2018a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/hivpesquisadafiocruzanalisaadesaoprofilaxiapre%20exposicao>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **PrEP no SUS: o que esperar do novo método de prevenção ao HIV?**. 2018b. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/prep-no-sus-o-que-esperar-do-novo-metodo-de-prevencao-ao-hiv>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

FORMOZO, G. H.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. bras. enferm**, v. 63, n.2, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIV - Grupo de Incentivo à Vida. **Adesão ao tratamento anti-HIV**. 2018a. Disponível em: <<http://giv.org.br/HIV-e-AIDS/Medicamentos/Ades%C3%A3o-ao-Tratamento/index.html>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

GIV - Grupo de Incentivo à Vida. **Tratamento contra o HIV**. 2018b. Disponível em: <<http://giv.org.br/HIV-e-AIDS/Tratamento-Contra-o-HIV/index.html>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

HERNÁNDEZ, R. S.; FERNÁNDEZ, C. C.; BATISTA, M. P. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

JUNGES, J. R. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde. **Revista Bioética**, v. 23, n. 1, 2015.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 15-27, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LUNARDI, V. L. A enfermagem frente a direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, 2002.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; SANDRA, L. F. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.18, supl 1.1, 2015.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e de roteiros. In: SIPEQ DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO DA UNESP, 2. **Anais...** Marília/SP, 2004.

MASSIGNANI, L. R. M. et al. Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 79, 2014.

MELO, E. A.; MAKSUD I, A.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**, v.42, n.151, 2018.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, A. E. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009.

MORAES FILHO, M. et al. A importância do método de prevenção à infecção por hiv denominado de PREP - profilaxia pré-exposição ao HIV. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 5, 2018.



MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. Desenvolvido pela Prefeitura municipal de Santa Cruz do Sul. **Apresenta informações gerais sobre o município**. 2018. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/municipio/santa-cruz-hoje>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

OLIVEIRA, V. Z. et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 9-17, 2004.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e a adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, 2004.

PECHANSKY, F. et al. Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.22, n.4, 2000.

PINHEIRO, P. N. C. et al. O cuidado Humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/Aids. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n.4, 2005.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L], v. 33, n. 11, nov. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 mai. 2018.

REIS, T. L. **Perfil de pacientes assistidos no centro de atendimento especializado em DST/AIDS no município de Santa Cruz do Sul/RS**. Santa Cruz do Sul, 2016 (Monografia).

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, 2006.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de ações em saúde. Coordenação estadual de IST/AIDS. **Situação da epidemia HIV/Aids no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2017.

SILVA, J. M.; B. et al. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 195-202, 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: MORIÁ, 2016.

SPRINZ, E.; FINKELSZTEJN, A. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

STARZEWSKI JR., A.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.51, n.1, p.11-16, 2005.

UNAIDS. Desenvolvido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). **Informações básicas sobre o hiv e a aids**. 2018. Disponível em: <<https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, 2008.

VIEIRA, M.; LIMA, R. A. Crianças e adolescentes com doença crônica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2002.

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

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

### a) Dados de identificação do entrevistado:

Idade: 25-35 anos (\_\_\_) 35-45 anos (\_\_\_) 45-55 anos (\_\_\_) 55-65 anos (\_\_\_) 65 ou mais (\_\_\_)

Sexo: M(\_\_\_ ) F(\_\_\_)

Estado Civil: Solteiro (\_\_\_) Casado (\_\_\_). Viúvo (\_\_\_) União Estável (\_\_\_). Outro: \_\_\_\_\_

Formação: Enfermeiro (\_\_\_) Médico (\_\_\_) Dentista (\_\_\_) Tc.Enfermagem (\_\_\_) Outro (\_\_\_)

Tempo de formação: 1-5 anos (\_\_\_) 5-10 anos (\_\_\_) 10-15 anos (\_\_\_) 15 ou mais (\_\_\_)

Serviço de Atuação: ESF Urbana (\_\_\_) ESF Rural (\_\_\_) CEMAS (\_\_\_)

Tempo de atuação no Serviço: 1-5 anos (\_\_\_) 5-10 anos (\_\_\_) 10-15 anos (\_\_\_)

15anos ou mais (\_\_\_)

### b) Questões:

- 1- Já teve alguma experiência ou vivência de trabalho sobre casos de pacientes com HIV/AIDS? Se sim, como foi?
- 2- No seu entendimento você sente-se preparado para atender pacientes portadores de HIV/AIDS? Por quê?
- 3- O que você conhece sobre a Prevenção do vírus HIV?
- 4- Qual seu conhecimento sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV (PrEP)?
- 5- Na sua opinião, enquanto profissional de Saúde, você acha que esta nova profilaxia é eficaz? Por quê?
- 6- Quais suas sugestões de práticas e medidas de assistência de saúde para a adesão dos profissionais de Saúde à PrEP?
- 7- Quais suas sugestões de práticas e medidas de assistência de saúde para a adesão dos usuários à PrEP?

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PREP**  
**(PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO VÍRUS HIV)**

**Prezado senhor/Prezada senhora**

O senhor/A senhora está sendo convidado (a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Profilaxia Pré Exposição ao vírus HIV (PREP): Conhecimento de Profissionais de Saúde”. Esse projeto é desenvolvido por estudante e professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende identificar e analisar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV (PrEP).

Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado (a) pelos pesquisadores para averiguar seu conhecimento sobre a Profilaxia Pré-exposição ao vírus do HIV (PrEP) através de entrevista semiestruturada, a qual será gravada mediante sua autorização. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo do senhor/senhora não se sentir à vontade mediante alguma pergunta que lhe será feita. Por outro lado, se a senhora/a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde poderão acontecer, tais como: ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o funcionamento da PrEP e melhorar a adesão desta profilaxia entre profissionais da saúde e usuários. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que autorizo a utilização da gravação de voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desse instrumento.

Fui, igualmente, informado (a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Professora, Doutora Suzane Beatriz Frantz Krug, juntamente com o acadêmico de Enfermagem Gustavo Olivier Cavalheiro. Telefone de contato: (51) 3717-7542

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: \_\_\_\_\_

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável  
pela obtenção do presente

**APÊNDICE C – Carta de aceite de instituição parceira**

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, (CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “Profilaxia Pré Exposição ao vírus HIV (PREP): Conhecimento de Profissionais de Saúde”, desenvolvido pelo acadêmico Gustavo Olivier Cavalheiro do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora, doutora Suzane Beatriz Frantz Krug, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Centro de Atendimento a Sorologia (CEMAS) e em duas Estratégia da Saúde da Família (ESF’s), sendo uma rural e outra urbana do município de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional