

Baixa adesão à profilaxia pós-exposição ao HIV em um município do interior de São Paulo entre 2011 e 2020

Low adherence to HIV post-exposure prophylaxis in a small city of São Paulo state between 2011 and 2020

Carolina Vicente De Ângelo¹, Gabriela Paim Guimarães², Gabriela Salgaço Romero³, Luisa Tosetto Nogueira⁴, Barbara Harumi Yamashita⁵, Juliana Rossi Corregliano⁶, Walter Manso Figueiredo⁷

Ângelo CV, Guimarães GP, Romero GS, Nogueira LT, Yamashita BH, Corregliano JR, Figueiredo WM. Baixa adesão à profilaxia pós-exposição ao HIV em um município do interior de São Paulo entre 2011 e 2020 / *Low adherence to HIV post-exposure prophylaxis in a small city of São Paulo state between 2011 and 2020*. Rev Med (São Paulo). 2024 mar.-abr.;103(2):e-221494.

RESUMO: Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma doença que tem como agente etiológico o vírus da imunodeficiência humana (HIV), adquirido por via sexual, sanguínea e vertical, por meio de objetos perfurocortantes contaminados ou pelo contato com fluidos corporais. A infecção pode permanecer assintomática por anos, e a sintomatologia inicial pode ser inespecífica. A maior prevalência ocorre em homens que fazem sexo com homens, na faixa de 40 a 49 anos (44,4%), e 50 anos ou mais (52,8%) na categoria heterossexual. Nas mulheres, a principal categoria é a heterossexual (mais de 80%). Nos menores de 13 anos, a principal via de infecção é a vertical, e nos maiores, a sexual. A maior parte possui ensino médico completo e se declara como pardo. O tratamento da infecção pelo HIV é feito com fármacos antirretrovirais. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP), indicada até 72 horas após a exposição ao HIV, consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir a infecção. Objetivos: Avaliar a adesão à PEP no município de Araraquara, de acordo com sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça e profissão, a fim de promover maior conhecimento e maior adesão aos métodos preventivos ao HIV. Metodologia: Estudo transversal descritivo. Os dados dos pacientes que iniciaram a PEP no Serviço de Assistência Especializada (SAE), do Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), foram coletados do banco de dados do Sistema de Informação e Gestão em Saúde Pública (Sistema Juarez). Para análise dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Power BI. Após essa etapa, houve promoção de educação sexual, por meio de panfletos e cartazes informativos, nas unidades de saúde do município, com foco nos desafios identificados por meio das informações coletadas. Resultados: A prevalência dos indivíduos que aderiram à PEP (9,2%) foi maior nos indivíduos do sexo masculino, entre 30 e 40 anos, raça branca, autônomos e com ensino superior completo. Conclusão: A maioria dos indivíduos que procuram pela PEP não aderiram a esse método de prevenção, logo, é necessário conscientizar a população alvo sobre a existência de métodos preventivos pré e pós-exposição sexual e a importância de finalizar a medicação e o seguimento, a fim de evitar a contaminação pelo HIV.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Profilaxia pré-exposição; Profilaxia pós-exposição; Adesão; Tratamento; Antirretroviral; Prevenção.

ABSTRACT: Introduction: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a disease caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which is acquired through sexual, bloodborne, and vertical transmission via contaminated sharp objects or contact with bodily fluids. The infection can remain asymptomatic for years, with initial symptoms being non-specific. The highest prevalence occurs among men who have sex with men, aged 40 to 49 (44.4%), and 50 or older (52.8%) in the heterosexual category. The main category in women is heterosexual (over 80%). Vertical transmission is the primary route of infection among those under 13, while it is sexual among older individuals. The majority have completed secondary education and identify as mixed-race. Treatment for HIV infection is provided through antiretroviral drugs. Post-Exposure Prophylaxis (PEP) is recommended within 72 hours of HIV exposure, and involves the use of medications to reduce the risk of infection. Objectives: To evaluate PEP adherence in the municipality of Araraquara, SP, Brazil, according to gender, age, education, marital status, race, and occupation, aiming to promote greater awareness and adherence to HIV preventive methods. Methodology: This is a descriptive cross-sectional study. Data from patients who initiated PEP at the Specialized Care Service (*Serviço de Assistência Especializada - SAE*) of the Araraquara Special Health Service (*Serviço Especial de Saúde de Araraquara - SESA*) were collected from the Juarez System's public health information and management database. The Microsoft Power BI software program was used for data analysis. Following this step, sexual education was promoted through pamphlets and informative posters at municipal health units, focusing on challenges identified through collected information. Results: The prevalence of individuals adhering to PEP (9.2%) was higher among males aged 30 to 40, of white race, self-employed, and with completed higher education. Conclusion: The majority of individuals seeking PEP did not adhere to this preventive method, highlighting the need to raise awareness among the target population about the existence of both pre and post-sexual exposure preventive methods, and the importance of completing medication and follow-up to prevent HIV transmission.

KEY WORDS: HIV; Pre-exposure prophylaxis; post-exposure prophylaxis; Adherence; Treatment; Antiretroviral; Prevention.

* Trabalho apresentado no III Congresso Médico Acadêmico da Universidade de Araraquara (III COMEA-UNIARA), data 29 de maio de 2021.

1. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0001-5511-6938>. cvdangelo@uniara.edu.br

2. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0001-8900-3106>. gpguimaraes@uniara.edu.br

3. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0007-4249-4589>. gsromero@uniara.edu.br

4. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0005-1469-8758>. lnogueira@uniara.edu.br

5. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0000-6510-0019>. bhyamashita@uniara.edu.br

6. Discente de medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <https://orcid.org/0009-0002-7830-3338>. jrcorregliano@uniara.edu.com

7. Docente do curso medicina da Universidade de Araraquara, São Paulo. <http://orcid.org/0000-0003-0772-0089>. waltermf@sc.usp.br

INTRODUÇÃO

HIV/Aids

O agente etiológico da aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é o vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), um retrovírus da subfamília *Lentivirinae*, envelopado, de RNA de fita positiva. Por ser envelopado, pode ser inativado facilmente, sendo transmitido por líquidos corporais^{1,2}.

O HIV possui tropismo por células que apresentam receptores CD4, como linfócitos, macrófagos e células dendríticas. A infecção inicia-se quando o vírus, por meio da proteína do envelope gp120, se liga aos receptores CD4 das células hospedeiras, com posterior ligação aos receptores CCR5.

Dessa forma, o vírus é capaz de promover uma redução no número de linfócitos T CD4+, levando o organismo a uma disfunção imunológica crônica e progressiva. Esse quadro de debilidade do sistema imune confere ao indivíduo uma maior suscetibilidade a infecções oportunistas, bem como a alguns tipos de câncer¹.

O paciente com infecção pelo HIV pode permanecer assintomático por anos, ou apresentar sintomas inespecíficos. A infecção pelo vírus é dividida em quatro períodos clínicos¹:

- 1) Fase inicial: há uma queda súbita da contagem de linfócitos T CD4+ e altos níveis de carga viral plasmática, caracterizando a síndrome retroviral aguda.
- 2) Fase assintomática ou Período de Latência Clínica: a quantidade de linfócitos T CD4+ aumenta, mas na maior parte dos casos não se iguala aos níveis pré-infecção.
- 3) Fase sintomática precoce: ocorrem as primeiras manifestações clínicas (sintomas constitucionais, como febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna). Essas manifestações podem ocorrer em pacientes imunocompetentes, porém são mais frequentes nos que se encontram na fase inicial da imunodeficiência. Esse estágio apresenta um risco moderado de infecção por doenças oportunistas, tais como, candidíase oral, herpes zoster, leucoplasia pilosa e infecções bacterianas (pneumonia, sinusite e bronquite)³.
- 4) Fase sintomática: contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/mm³ e surgimento de doenças oportunistas, o que caracteriza a aids. As doenças que comumente aparecem nesse estágio são: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Também pode estar associada ao desenvolvimento de neoplasias, sendo as mais comuns sarcomas de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.³

EPIDEMIOLOGIA

O primeiro caso de aids no Brasil foi notificado em 1980⁴. Desde então, a aids se associa a elevados índices de morbidade e mortalidade no país. Entre os anos 2012 e 2022, houve uma queda no coeficiente de mortalidade de 25,5%, passando de 5,5

para 4,1 óbitos por 100 mil habitantes. Acredita-se que essa queda ocorreu porque a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica, com aprimoramento do tratamento, que se tornou mais potente, associado a menos efeitos adversos, melhor adesão, resultando em melhor qualidade e maior expectativa de vida⁵.

A partir de dados obtidos por meio da sistematização das notificações compulsórias, pôde-se observar que a prevalência da infecção pelo HIV é menor na população geral quando comparada às “populações-chave”, que consistem em grupos populacionais marcados por antecedentes de estigmatização e exclusão social, com dificuldade de acessar a prevenção, os testes e o tratamento. Essa adversidade ocorre pela situação social e/ou laboral, vulnerabilidade social extrema, como violência, criminalização, discriminação, racismo, pobreza, machismo e sexismo⁶.

Os grupos que se enquadram nas “populações-chave” são trabalhadoras do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, pessoas privadas de liberdade e populações prioritárias (população negra, jovem, em situação de rua e indígena)⁶.

Segundo dados do manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), a prevalência na população geral é de 0,4%. Em gays e outros homens que fazem sexo com homens, 18,4%; nas mulheres trans 16,9%; nas travestis 36,7%, nas trabalhadoras do sexo 5,3%; nas pessoas que usam álcool e outras drogas 5%; nas mulheres privadas de liberdade 31 PVHA para cada mil mulheres; na população negra 52,9%; na população jovem nas faixas de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, 36,2 e 50,9 casos a cada 100 mil habitantes, respectivamente; e na população em situação de rua, 4,9%. Sobre a população indígena, os resultados são desfavoráveis para adesão, abandono, retenção e supressão viral pontual e sustentada em relação às PVHA amarelas ou brancas, e para as pessoas privadas de liberdade não foi possível obter dados, pois o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias dos Sistemas Penitenciários Feminino e Masculino não apresentam informações sobre HIV/aids⁶.

Em 2023, a maior prevalência (22,2%) dos casos, quanto à faixa etária e sexo, ocorreu em homens com idade entre 25 e 29 anos. Em relação à via de infecção, a maioria dos casos em menores de 13 anos ocorreu por transmissão vertical e em maiores de 13 anos, a principal forma foi a sexual. A respeito da escolaridade, quando informada, a maioria apresentava ensino médio completo (37,1%). E quanto à raça, a que prevaleceu foi a parda (50,2%). Em 2022, observou-se, acerca da exposição, em homens de 13 a 19 anos (62,7%), 20 a 29 anos (62%) e 30 a 39 (43,4%), a maior prevalência ocorreu em homens que fazem sexo com homens, e na faixa de 40 a 49 anos (44,4%), e 50 anos ou mais (52,8%) na categoria heterossexual. Já nas mulheres, a principal categoria é a heterossexual (mais de 80%)⁵.

TRANSMISSÃO E FATORES DE RISCO

A principal forma de transmissão do HIV é por meio da relação sexual desprotegida: anal, vaginal ou oral⁷. A penetração anal sem proteção confere maior chance de infecção por HIV

do que a vaginal. Entretanto, em ambos os casos, o parceiro passivo possui maiores chances de contrair o vírus. Ademais, ter antecedente de IST aumenta o risco de infecção por HIV, pois elas acarretam inflamação e maior presença de células de defesa como os macrófagos, que apresentam receptores para o HIV, como os receptores CD4 e CCR5, facilitando a infecção pelo HIV.

Apesar do maior risco de infecção entre indivíduos com parcerias sexuais múltiplas e casos de IST, pessoas com parceria fixa, sem percepção de risco, também podem estar vulneráveis à infecção, especialmente em situações de relações sexuais e práticas penetrativas sem uso adequado de preservativos⁸.

A infecção pode ser transmitida também por compartilhamento de seringas, agulhas e objetos entre usuários de substâncias psicoativas, exposição ocupacional, transfusão sanguínea, acidentes envolvendo sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas, líquido e líquido articular⁹. O risco de transmissão do HIV tem como fatores determinantes a carga viral, a mucosa íntegra ou não, e a existência de traumatismos ou lesões, como em casos de violência sexual. Em situações de exposição ocupacional, existe maior risco de infecção quando há elevada carga viral, grande volume de sangue ou exposição relacionada a ferimento profundo¹⁰.

Ademais, pode ocorrer a transmissão maternofetal/vertical durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno, sendo o período periparto o de maior risco¹¹.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

O preservativo de látex, criado em 1880 e disseminado a partir da década de 1930, principalmente nos Estados Unidos, está entre as ferramentas de maior eficácia para prevenção a infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não planejadas. Porém, há de se considerar alguns entraves relacionados a esse

método, como a dificuldade de adesão, o risco de ruptura ou perda durante o ato sexual, o desconhecimento do uso correto devido à falta de educação sexual, além de variação de qualidade e diferenças na tecnologia de fabricação¹⁰. Dessa forma, mesmo com a existência do preservativo, infecções sexualmente transmissíveis podem se disseminar na sociedade.

Com os avanços sobre o entendimento do HIV/Aids, foram desenvolvidas medicações antirretrovirais que ocasionam a redução da carga viral e, conseqüentemente, o aumento das células T CD4, com redução da morbidade e da mortalidade em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). A terapia antirretroviral (TARV) é disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS)¹². Em vista disso, o uso da TARV também representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV, pois está associado a menores concentrações do vírus nas secreções genitais, podendo reduzir significativamente a transmissão sexual da doença¹³. Assim, uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra IST, que esteja seguindo o tratamento corretamente e que apresente carga viral suprimida há pelo menos 6 meses, apresenta mínimas chances de transmitir a doença pela via sexual (considera-se que indetectável é intransmissível). Entretanto, é importante frisar que o uso do preservativo continua sendo recomendado para prevenção de outras ISTs³.

Como formas de prevenção ao HIV, considera-se a prevenção combinada: o tratamento da pessoa que vive com HIV/Aids (PVHA), o aconselhamento para casais sorodiferentes, a orientação ao uso de preservativos, a oferta de antirretrovirais na profilaxia pós-exposição sexual (PEP) e pré-exposição sexual (PrEP) para as populações mais vulneráveis ao HIV¹³.

Dessa forma, o uso regular de preservativo, aliado às novas tecnologias, é de grande relevância para a prevenção da infecção pelo HIV¹³.



Imagem 1 - Mandala de prevenção combinada.
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017, p.44)³

PrEP

Conhecida como PrEP, a profilaxia pré-exposição sexual se caracteriza pelo uso diário, ou sob demanda, da combinação de dois antirretrovirais, Tenofovir e Emtricitabina (TDF/FTC) em um período prévio às práticas sexuais potencialmente de risco¹². Em pessoas sem diagnóstico prévio de HIV, essa nova tecnologia demonstra uma grande importância epidemiológica, sendo promissora no controle de infecção pelo HIV, uma vez que ainda não há vacina eficaz disponível no mundo¹³.

Apesar do foco em pessoas com maior vulnerabilidade, como os homens que fazem sexo com homens, transexuais, travestis, parcerias sorodiferentes, trabalhadores do sexo e usuários de substâncias psicoativas, todas as pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou acima de 35 kg e sexualmente ativas, que apresentam percepção de contextos de risco aumentado de infecção, podem utilizar a PrEP¹⁴.

Para a avaliação dos contextos de risco são considerados diversos indicadores, tais como: recorrência de práticas sexuais anais ou vaginais com penetração e sem o uso de preservativos; frequência de relações sexuais com parcerias eventuais; quantidade e diversidade de parcerias sexuais; histórico de episódios de ISTs; busca repetida por profilaxia pós-exposição (PEP); contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, moradia, drogas etc.; prática sexual sob a influência de substâncias psicoativas¹⁴.

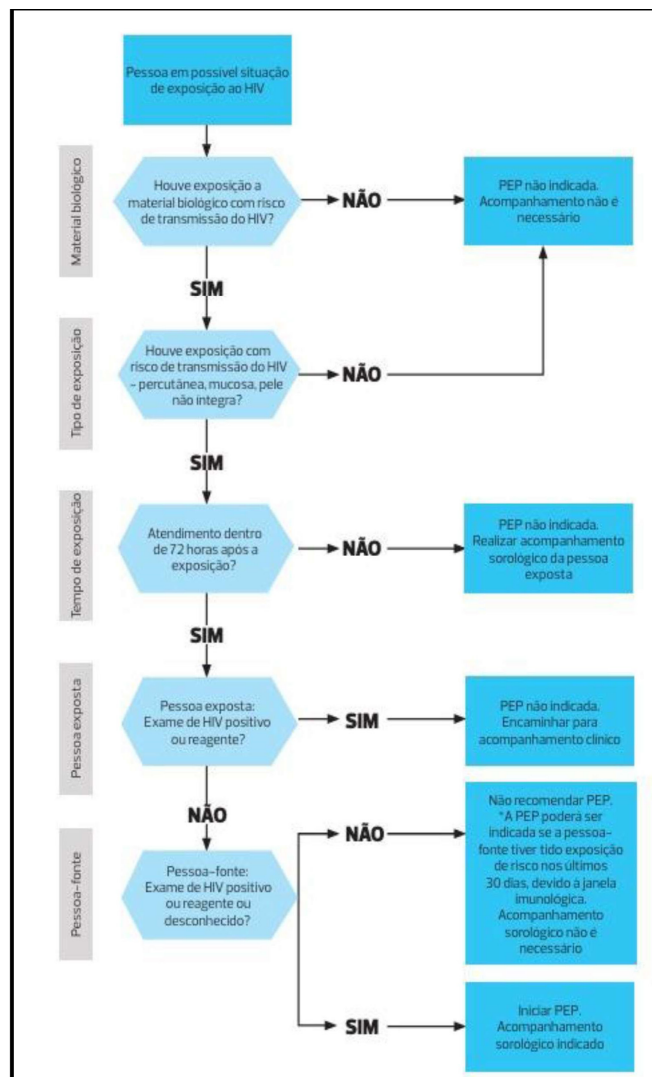
Dessa forma, para as pessoas que preenchem os critérios de indicação, recomenda-se o início da profilaxia com uma dose de ataque de dois comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia de uso, seguidos de um comprimido diário nos demais dias¹⁴.

PEP

A PEP (profilaxia pós-exposição sexual) é um método preventivo no combate ao HIV¹⁵. Disponível na rede pública de saúde do Brasil desde 2010, é indicada em casos de exposição ao HIV, por ruptura ou não uso de preservativos em relações sexuais, acidentes de risco biológico, violência sexual, exposição ao HIV materno, entre outras formas de contato com o vírus. A busca e a adesão à PEP dependem da desconstrução de rótulos associados ao HIV/Aids, considerando que muitas pessoas com HIV desconhecem seu diagnóstico, por relacionarem essa doença apenas aos grupos mais vulneráveis¹³. A oferta da PEP ocorre na rede pública de saúde, em que a organização se diferencia nos diferentes territórios⁸.

O acesso à PEP ocorre em uma rede de serviços 24 horas, com avaliação do risco de exposição e realização de um teste rápido para descartar a infecção pelo HIV antes de se iniciar a medicação⁸. Na avaliação do risco de contaminação, considera-se se o material biológico é capaz de promover a replicação viral; se a maneira pela qual houve a exposição é de risco para a transmissão do HIV; se a procura por atendimento ocorreu até setenta e duas horas após a exposição, e se a pessoa exposta apresenta teste negativo para HIV¹⁵. Também se investigam outras ISTs e se recomenda o uso de preservativos e vacinação para a hepatite B para os suscetíveis¹⁶.

Fluxograma - Critério de indicação da PEP, de acordo com o tipo de exposição



Fonte: PCDT PEP (2021, p.29)

A PEP consiste em um esquema de medicamentos que devem ser tomados por 28 dias ininterruptos. Antes composto por Tenofovir (300 mg), Lamivudina (300 mg) e Atazanavir/Ritonavir (300/100 mg)¹⁵, estes dois últimos foram posteriormente substituídos por Dolutegravir 50MG ao dia, esquema atualmente utilizado¹⁶.

A adesão a PEP está associada aos efeitos adversos provocados pelos medicamentos e ao período prolongado de uso (28 dias) e seguimento (6 meses), o que leva muitos pacientes a interromperem o tratamento antes da alta¹¹.

Os efeitos adversos relatados durante o uso da PEP são frequentemente de intensidade leve a moderada e autolimitados, podendo ser prescritos sintomáticos. Dentre as manifestações, o paciente pode apresentar cefaleia, fadiga e alterações gastrointestinais. Alterações laboratoriais (creatinina, ALT, AST, amilase, glicemia e hemograma) podem ocorrer em alguns casos, no entanto, são pouco rotineiras, discretas e transitórias¹⁶.

OBJETIVOS

Avaliar o grau de adesão dos pacientes inscritos no SAE de Araraquara submetidos à Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no período de 2011 a 2020 no município, a fim de conhecer o perfil segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, como idade, grau de escolaridade, estado civil, sexo, raça e profissão. Ademais, por meio dos resultados, disponibilizar à população geral e aos gestores os resultados do estudo, e implementar ações de informação e prevenção na rede de saúde do município e população geral mediante folhetos, folders e demais instrumentos de comunicação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal descritivo da análise do banco de dados do SESA, através do Sistema Juarez (Sistema de Informação e Gestão em Saúde Pública) no período entre 2011 e 2020.

A coleta dos dados foi realizada pela equipe profissional do SESA e repassada aos pesquisadores por meio de uma planilha sem identificação dos pacientes, a fim de preservar a sua privacidade. Foram estudadas as variáveis categóricas: gênero, raça, ocupação e grau de escolaridade e a variável quantitativa: idade. A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por número absolutos (N) e relativos (%). A variável quantitativa foi descrita por média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo.

Para a análise dos dados, foi usado o programa Microsoft Power BI. Trata-se de um software de *Business Intelligence* que permite conexão com bases de dados externas, como planilhas em Excel, SharePoint, banco de dados MySQL e dados da Web. Por meio de uma linguagem de programação chamada DAX e da utilização de um mecanismo de Power Query, que permite o tratamento avançado dos dados, foi possível desenvolver gráficos e análises.

Após a avaliação do padrão epidemiológico de adesão ao uso da PEP, houve a promoção em educação sexual por meio de panfletos e cartazes informativos, com foco nos desafios apresentados a partir das informações coletadas, em unidades de saúde do município de Araraquara.

Ressalta-se que o esquema completo de seguimento da PEP, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, é de 6 meses, sendo a profilaxia equivalente a 28 dias e o restante, ao seguimento para acompanhamento da sorologia. Dessa forma, considerou-se “abandono ao tratamento” quando o tempo de profilaxia e/ou seguimento não foi completado, não sendo possível analisar quanto tempo o indivíduo seguiu em acompanhamento antes de abandonar o processo, uma vez que não foi obtido acesso a essa variável. Dados como “estado civil” e “transgênero” não foram contemplados na base de dados analisada.

Foram considerados “em acompanhamento” os pacientes que se encontravam dentro dos 6 meses do esquema e, “em alta”, aqueles que cumpriram o esquema completo. Ainda, considerou-se “em orientação” os usuários notificados até 30 de março de 2020 e que puderam concluir o tratamento até dezembro do

mesmo ano.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Araraquara - UNIARA via Plataforma Brasil e houve dispensa do TCLE.

RESULTADOS

Foram analisados 489 usuários de PEP, no período entre 2011 e 2020, a partir da coleta de dados realizada pela equipe profissional do SESA, por meio do Sistema Juarez.

Em relação ao grau de adesão à PEP, 45 (9,2%) usuários completaram os 28 dias de medicação e o seguimento da profilaxia (considerados como “alta”) e 304 (62,2%) usuários não completaram a PEP (considerados como “abandono”). Ressalta-se que não foi possível analisar a evolução de 95 casos, uma vez que 21 (4,3%) foram transferidos para outro município, para rede privada ou tiveram o diagnóstico descartado ou modificado, e 74 casos (15,1%) apresentavam falta de dados e/ou informações.

De acordo com o sexo dos usuários de PEP, 389 (80%) eram homens e 100 (20%), mulheres.

A idade média dos usuários foi de 30,6 anos, 9,6% menores de 20 anos, 76,5% entre 20 e 40 anos, 13,3% entre 40 e 60 anos e 0,6% maiores de 60 anos. Em relação à raça, 350 (71,6%) eram brancos, 99 (20,2%) pardos, 36 (7,4%) pretos, 2 (0,4%) indígenas, 1 (0,2%) amarelo e 1 (0,2%) não informado.

Em relação à ocupação dos avaliados, 115 (23,5%) não informaram sua profissão. Dentre os que informaram, 107 (21,9%) eram autônomos, 104 (21,3%) estudantes, 76 (15,6%) profissionais liberais, 67 (13,7%) funcionários dos setores público ou privado, 9 (1,8%) trabalhadores do sexo e 11 (2,2%) não trabalhavam. Na Tabela 1, observa-se a relação entre a ocupação dos usuários e o grau de adesão à PEP.

Tabela 1 - Relação entre ocupação e grau de adesão ao tratamento

Ocupação	Total de usuários	Alta (%)	Abandono (%)	Em acompanhamento (%)
Ignorado	115	9,6	51,3	11,3
Autônomo	107	11,2	60,7	11,2
Estudante	104	8,7	69,2	7,7
Profissional Liberal	76	10,5	57,9	5,3
Funcionário Público	Setor 9	1,8	88,9	0
Funcionário Privado	Setor 58	3,4	77,6	5,2
Trabalhador Sexo	do 9	1,8	55,6	44,4
Não trabalha	11	27,3	54,5	9,1
TOTAL	489	9,2	62,2	9,2

Quanto ao grau de escolaridade, 26 usuários (5,31%) não estudaram ou não informaram sua escolaridade, 68 (13,9%)

apresentavam o ensino fundamental II completo, 212 (43,35%), observa-se a relação entre a escolaridade e a adesão à PEP. o ensino médio e 183 (37,42%), o ensino superior. Na Tabela 2,

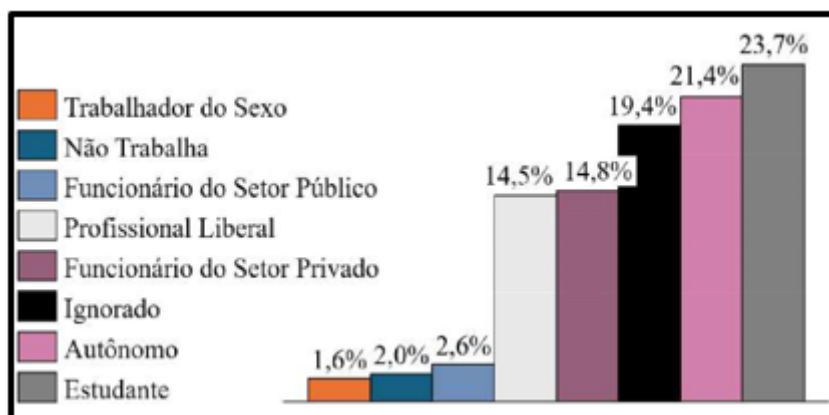
Tabela 2 - Relação entre os graus de escolaridade e de adesão ao tratamento

Grau de escolaridade	Total de usuários	Alta (%)	Abandono (%)	Em acompanhamento (%)
Ignorado	26	15,4	34,6	0
Fundamental II	68	11,8	63,2	4,4
Superior	183	9,3	62,8	9,3
Ensino Médio	212	7,5	64,6	11,8
TOTAL	489	9,2	62,2	9,2

A maioria dos usuários da PEP não completaram o esquema, totalizando 62,16% (304 indivíduos) com má adesão no município de Araraquara. Dos usuários que abandonaram a PEP, a maior prevalência foi do sexo masculino (79,6%), da

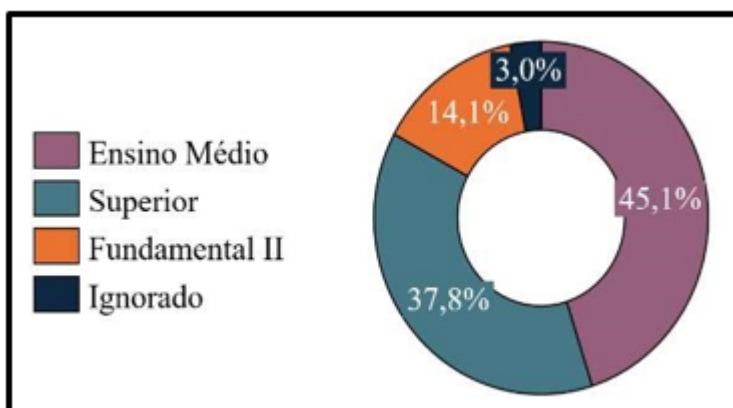
faixa etária de 20 a 30 anos (idade média de 29,8 anos), da raça branca (73,7 %), de estudantes (23,7 %) e de pessoas com o ensino médio completo (45,1%), conforme Figuras 1 e 2.

Figura 1 - Relação entre abandono e ocupação



Fonte: Autoria própria.

Figura 2 - Relação entre abandono e escolaridade

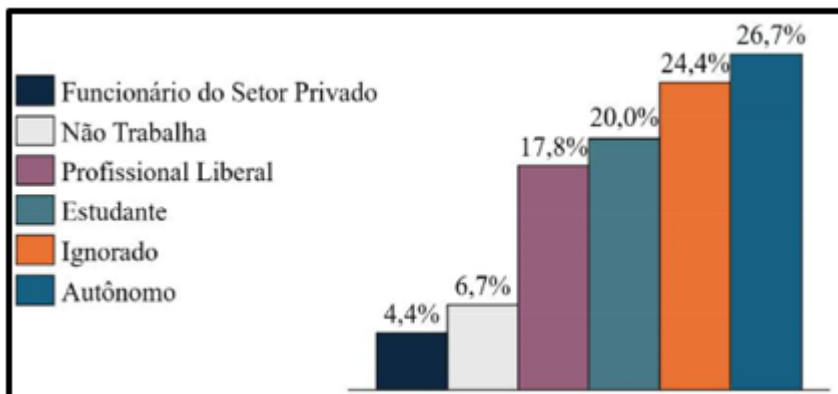


Fonte: Autoria própria.

Dentre os usuários que deram seguimento à PEP e ainda se encontravam em acompanhamento no momento da coleta dos dados, predominaram: sexo masculino (75,6 %), raça branca (64,4 %), faixa etária de 30 a 40 anos (idade média de 30,2 anos), ocupação não informada (ignorada) (28,9 %), e ensino médio completo (45,1 %).

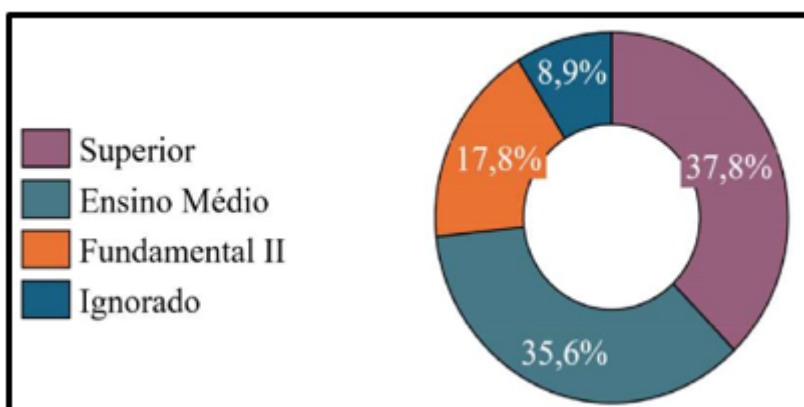
Em relação aos usuários de PEP que aderiram ao tratamento e tiveram alta, completando-o, tem-se o perfil: sexo masculino (73,3 %), raça branca (71,1 %), faixa etária de 30 a 40 anos (idade média de 33,8 anos), autônomo (26,7 %), e ensino superior completo (37,8 %), conforme Figuras 3 e 4.

Figura 3 - Relação entre alta e ocupação



Fonte: Autoria própria.

Figura 4 – Relação entre alta e escolaridade



Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

A relação entre o perfil epidemiológico de pacientes vivendo com HIV no Brasil e o perfil de abandono ao seguimento da PEP em Araraquara evidencia aspectos relevantes sobre as lacunas na prevenção e tratamento do HIV. A resposta ao HIV no país tem sido marcada por avanços significativos no acesso à terapia antirretroviral e na redução da transmissão vertical. No entanto, desafios persistem, especialmente relacionados à adesão e continuidade do tratamento e medidas preventivas³.

De acordo com o Ministério da Saúde³, o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV no Brasil abrange principalmente pessoas do sexo masculino, entre 25 e 29 anos, pardos, com ensino médio completo. Comparando-se com os dados obtidos no nosso estudo, o perfil de abandono de PEP no município de Araraquara prevalece entre pessoas do sexo

masculino, entre 20 e 30 anos, brancos, com ensino médio completo. Nota-se que a raça foi a única variável divergente entre a literatura e os resultados da nossa análise, ressaltando questões significativas que também são refletidas no cenário nacional de HIV.

A concentração do abandono da PEP em um perfil demográfico específico em Araraquara pode estar relacionada a vários fatores: estigma, falta de informação ou acesso a serviços de saúde adequados e percepção de risco pessoal. O estigma associado ao HIV pode ser particularmente inibidor para homens jovens e brancos, que podem não se perceber como parte de um grupo de risco, ou podem temer a discriminação ao buscar ou continuar o tratamento.

Em relação ao nível de escolaridade, por um lado, indivíduos com ensino médio completo podem ter melhor acesso a informações sobre HIV e meios de prevenção. Por

outro lado, a existência de níveis educacionais mais altos não necessariamente se traduz em comportamentos de saúde preventivos ou na continuidade do tratamento, destacando a necessidade de campanhas de educação em saúde que sejam culturalmente relevantes e sensíveis às particularidades de gênero, idade e raça.

Para abordar o abandono da PEP e melhorar a prevenção do HIV no Brasil, é crucial desenvolver estratégias focadas em educação em saúde, redução do estigma e melhoria do acesso a serviços de saúde. Nesse contexto, o presente estudo divulgou panfletos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araraquara como forma de conscientização dos métodos de prevenção. Além disso, é importante a implementação de políticas públicas que facilitem o acesso universal aos serviços de saúde, especialmente para populações vulneráveis e em maior risco de abandono do tratamento.

Em relação a resultados sobre a divulgação de panfletos não houve, até o momento, acompanhamento por parte das pesquisadoras do possível impacto desta na população. Essa análise pode ser realizada como uma nova vertente desta pesquisa.

Os fatores limitantes da análise foram relacionados à coleta de dados, a qual não foi acessada diretamente pelas

pesquisadoras, dependendo, portanto, de terceiros responsáveis pela atualização do Sistema Juarez. Ainda, os dados para início da profilaxia são colhidos por profissionais que podem ter sido capacitados de maneiras divergentes, de forma que os resultados podem não ser fidedignos à realidade devido à possibilidade de falha durante a coleta.

CONCLUSÃO

Diante da análise realizada, nota-se que a maioria dos indivíduos que procuraram PEP não aderiram à profilaxia, ou seja, não a concluíram. Por outro lado, o perfil de pessoas que abandonaram a PEP coincide com o perfil das pessoas mais acometidas pelo HIV no Brasil, o que levanta um alerta sobre a necessidade premente de se desenvolverem projetos para garantir informação à população-alvo sobre a importância da adesão às medicações da profilaxia e à continuidade do seguimento para redução da contaminação pelo HIV.

Acrescenta-se que o HIV/Aids ainda é considerado um problema de saúde pública no Brasil, tornando-se essencial informar a população acerca da doença e contribuir para a maior conscientização sobre os métodos preventivos pré e pós-exposição sexual ao HIV.

REFERÊNCIAS

1. Bergo PHF, et al. Profilaxia pré-exposição no controle do HIV: uma revisão de efetividade e potenciais complicações. *Acta Médica*. 2018;39(1):225-34.
2. Carvalho IS, Moura-Fé LA. Projeto de intervenção para ampliar o acesso da população a profilaxia pós-exposição: PEP ao HIV em município do Piauí. 2019. 16 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099622>
3. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2017. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_manejo_hiv_adulto-1.pdf
4. Lacerda JS, Paulo RG, Aoyama EA, Rodrigues GM. Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o AZT até o coquetel disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Interdisc Saúde*. 2019; 1(4):83-91. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099622>
5. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023 - Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2023. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>
6. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/ aids — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [www.gov.br. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids-atual/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids-atual/view)
7. Soares JP, Silva AC, Silva DM, Freire ME, Nogueira JA. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. *Arq Catar Med*. 2017;46(4):182-94. <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126>.
8. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinehrio TF, Alencar T, Ferguson L, Estevam DL, Munhoz R. 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*. 2018;34(7). Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>
9. Alverca VO, Quixabeiro EL, Martins LMC. Efeitos adversos da profilaxia antirretroviral após exposição ocupacional ao HIV. *Rev Bras Med Trab*. 2018;16(2) 236-41. Doi: 10.5327/Z1679443520180085
10. Kuchenbecker R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV?. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):26-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050004>.
11. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiologia Médica*. Elsevier, 2010. p 960.
12. Filgueiras SL, Maksud I. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. *Sexual Salud Soc*. 2018;(30):282-304. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872018000300282&lng=pt&nrm=iso.
13. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy C, Baggaley R, O'Reilly KR, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *Aids*: London, England. 2016;12(30):1973-83. Doi:10.1097/QAD.0000000000001145
14. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV [recurso eletrônico]. 2022. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica22_09_2022.pdf

15. Neto AB, Araújo AC, Doherty MP, Haddad MA. Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. Diagn Tratamento. 2009;14(3):123-5.

16. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais [recurso eletrônico]. 2021. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_peg_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view

Recebido: 23.01.2024

Aceito: 23.04.2024