

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

ARACELE DA SILVA NASCIMENTO

PERFIL E SEGUIMENTO CLÍNICO DOS USUÁRIOS QUE
PROCURAM A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL
NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Ribeirão Preto
2015

ARACELE DA SILVA NASCIMENTO

PERFIL E SEGUIMENTO CLÍNICO DOS USUÁRIOS QUE
PROCURAM A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL
NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Dissertação apresentada à
Universidade de Ribeirão Preto –
UNAERP para obtenção do título
de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth
Regina Negri Barbosa

Ribeirão Preto
2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

N244p Nascimento, Aracele da Silva, 1964-
Perfil e seguimento clínico dos usuários que procuram a
profilaxia pós-exposição sexual no município de Ribeirão Preto –
SP / Aracele da Silva Nascimento. - - Ribeirão Preto, 2015.
114 f.: il. color.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.**

1. HIV. 2. AIDS. 3. Profilaxia pós-exposição sexual. I. Título.

CDD 610

ARACELE DA SILVA NASCIMENTO

**PERFIL E SEGUIMENTO CLÍNICO DOS USUÁRIOS QUE PROCURAM A
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO
- SP**

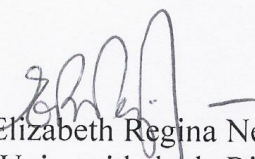
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

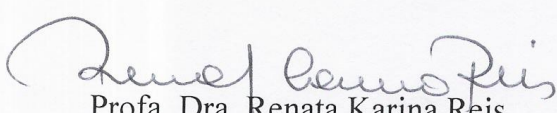
Data da defesa: 29 de setembro de 2015

Resultado: Aprovada

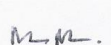
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Renata Karina Reis
USP – Universidade de São Paulo



Profa. Dra. Monica Maruno
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus fonte de toda existência. Ao meu pai João, que teve apenas a quarta série do ensino fundamental e a minha mãe Arlinda (in memoriam) nordestina, analfabeta que veio de pau de arara ao Estado de São Paulo. Meus pais amados me ensinaram as leis morais e do amor, como a valorização da vida e ao próximo, que foram responsáveis pela minha formação de caráter, compartilharam emoções e superações de dificuldades no momento da dor física. Com poucos recursos financeiros que tinham, souberam administrar e fizeram todos os esforços em me proporcionar a única herança que foi o ensino superior, os quais não tiveram oportunidade de cursar. Ainda, prepararam meu caminho para o trabalho, independência, honra e dignidade e ao enfrentamento de todo tipo de preconceito e discriminação. Por quem tenho admiração e eterna gratidão de estar nesta família.

A minha querida, encantadora e generosa irmã Andreia, que me faz rir, assumindo as tarefas do lar no dia a dia.

A minha amada e preciosa filha, Ana Julia, pela compreensão na falta de tempo dispensada a ela, pelo incentivo, lealdade, franqueza e solidariedade para comigo.

Ao meu pequenino sobrinho João Henrique, criança dócil, que trouxe mais alegria e encantamento em nosso lar e na minha vida.

Aos meus sobrinhos Vitória e João Vitor, pela alegria, pela suavidade de viver a vida, me ensinando nesta era digital os movimentos da tecnologia.

Ao meu irmão Aracilio, cunhado (a) Rosemeire e Rozalino pelos convites das reuniões em família.

AGRADECIMENTOS

A Jesus,

Luz da minha vida, por estar presente no meu dia a dia, me ensinando a ter equilíbrio e outras formas de caminhar, testando a minha tolerância, me colocando como enfermeira para apreender as lições de respeito à dor física e da alma para o enfrentamento da vida.

A minha orientadora, Profa. Dra Elizabeth Regina Negri Barbosa, por ter me aceitado como orientanda, pela grandeza de mestre, ensino ministrados, seriedade, principalmente pelas contribuições na realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Renata Karina Reis, por seu apoio, ajuda essenciais que muito contribui para realização deste estudo.

À Profa. Dra Mônica Maruno, pela contribuições nas colocações no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, pelo auxílio nas minhas dificuldades, e, disposição para colaborar, nos momentos os quais solicitei.

À Profa. Dra. Silvia Sidnéia Silva, pelo acolhimento e receptividade durante o curso.

A minha dedicada amiga Fátima de Almeida Lima Neves, que foi Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids/Hepatites Virais e Tuberculose do Município de Ribeirão Preto, exemplo de caráter e comprometimento com o sistema público, excelente profissional, que me acompanhou em toda trajetória de minha vida, tanto pessoal como acadêmica, pelas contribuições essenciais, com embasamento, conhecimento e principalmente por sua ajuda e interesse em colaborar.

A Luciana Rigotto Parada Redigolo e Susana Dutra de Oliveira Silveira principalmente pelas contribuições e incentivo.

Aos meus amigos Luciana Mazuccato Fontes do Patrocinio, Carlos Eduardo de Oliveira, Rosana Haddad Bistane pelo companheirismo, momentos agradáveis e trocas de experiência os quais vivenciamos.

As amigas Profa. Dra. Marta Angélica Iossi da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; Lis Neves, Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS/Hepatites Virais e Tuberculose do município de Ribeirão Preto pelo incentivo.

A toda equipe do Centro de Referência Central e Programa Municipal de DST/AIDS/Hepatites Virais e Tuberculose, pelo profissionalismo e comprometimento que faz do serviço público um diferencial ao atendimento aos usuários. Principalmente, as médicas Anna Christina Tojal da Silva e Priscilla Genari Lira.

À Secretaria Municipal da Saúde do Município de Ribeirão Preto, por permitir o desenvolvimento deste trabalho.

*“Devemos esperar pela Vontade de Deus, mas,
tanto quanto possível, caminhando ao encontro dela”.*

Carlos A. Baccelli – (Orações de Chico Xavier)

RESUMO

Nascimento, A.S. Perfil e seguimento clínico dos usuários que procuram a profilaxia pós-exposição sexual no município de Ribeirão Preto – SP. 114 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Na quarta década da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) as perspectivas para fortalecer a prevenção da transmissão sexual do HIV são muito promissoras com a implementação de estratégias como a profilaxia pós-exposição sexual (PEP). Descrever o perfil e seguimento clínico de indivíduos que, após uma relação sexual ocasional, buscaram a profilaxia pós-exposição (PEP) e avaliar a associação entre a adesão e as variáveis demográficas e comportamentais são os objetivos deste trabalho. Trata-se de um estudo analítico de caráter retrospectivo, de corte transversal realizado no Centro de Referência em Especialidade Enfermeira Maria Conceição da Silva do município de Ribeirão Preto-SP. Os dados foram coletados por meio de um instrumento adaptado do formulário de atendimento dos usuários que procuraram a PEP sexual no período de um de janeiro a 31 de dezembro de 2013. Para avaliar a adesão ao seguimento clínico e laboratorial consideraram-se as recomendações para abordagem da exposição sexual ao HIV estabelecida pelo Ministério da Saúde. Os dados foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel for Windows, e após dupla digitação e validação foram exportados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17. Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização do perfil dos usuários e realizou-se o teste exato de Fisher para verificar a associação entre adesão e as variáveis do estudo, considerando um nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto e pelo Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto. No total foram atendidos 91 indivíduos que procuraram a PEP sendo que a maioria 81 (89%) era do sexo masculino, e 62 (68,1%) heterossexual, 60 (65,9%) solteiros, 46 (50,5%) adultos jovens em idade reprodutiva na faixa etária entre 20 a 29 anos e 38 (41,8%) com o ensino médio completo. Quanto ao tipo de exposição identificou-se que mais da metade, 50 (54,9%) dos indivíduos referiram a prática sexual vaginal insertiva e 49 (53,8%) o motivo de procura foi o rompimento do preservativo. Referente à adesão ao seguimento clínico e laboratorial verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas. Entretanto, verificou-se que 10 (100%) das mulheres e 72 (88,9%) dos homens abandonaram ou não aderiram ao seguimento clínico conforme protocolo do Ministério da Saúde. Taxas maiores de adesão foram observadas entre os indivíduos 03 (27,3%) que referiram prática sexual anal insertiva e, quando a parceria da pessoa exposta 04 (22,2%) era profissional do sexo e com resultado reagente 02 (33,3%) positivo para o HIV. Os homens são os que mais procuram pela PEP e as taxas de adesão são muito baixas entre eles. Particularmente entre as mulheres a adesão é ainda mais comprometida. É necessário que haja maior divulgação desta tecnologia de prevenção e maior investimento da equipe de saúde para melhorar a adesão ao seguimento clínico das pessoas que estão expostas ao risco de aquisição do HIV.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Profilaxia Pós-Exposição Sexual.

ABSTRACT

NASCIMENTO. AS. Profile and clinical follow-up of users who seek sexual postexposure prophylaxis in Ribeirão Preto - SP. 114 p. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015.

In the fourth decade of the epidemic of infection by the human immunodeficiency virus (HIV) the prospects for strengthening the prevention of sexual transmission of HIV are very promising with the implementation of strategies such as sexual postexposure prophylaxis (PEP). Describe the profile and clinical follow-up of individuals who after a casual sexual relationship sought post-exposure prophylaxis (PEP) and evaluate the association between adherence and demographic and behavioral variables are the goals of this work. It is an analytical study of retrospective, cross-sectional held at the Reference Center for Specialty Nurse Maria Conceição da Silva in the city of Ribeirão Preto-SP. Data were collected through an adapted instrument care form of users that sought sexual PEP in the period from January 1 to December 31, 2013. To assess adherence to clinical and laboratory follow-up were considered the recommendations for approach sexual exposure to HIV established by the Ministry of Health. The data were entered into a Microsoft Office Excel for Windows spreadsheet, and after double entry and validation were exported to the Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS) version 17. We used descriptive statistics to characterize the profile of users and held Fisher's exact test to verify the association between adherence and the study variables, considering a 5% significance level. The study was approved by the City Municipal Health Department of Ribeirão Preto and the Ethics Committee of the University of Ribeirão Preto. In total they were assisted 91 individuals who sought PEP most of which 81 (89.9%) were male, and 62 (68.1%) heterosexual, 60 (65.9%) singles, 46 (50.5%) young adults of reproductive age in the age group between 20-29 years and 38 (41.8%) had completed high school. Regarding the type of exposure it was found that more than half, 50 (54.9%) of subjects reported vaginal sexual practice insertive and 49 (53.8%) was the reason for seeking condom breakage. Concerning the adherence to clinical and laboratory follow-up there was no statistically significant difference between variables. However, it was found that 10 (100%) women and 72 (88.9%) of men dropped out or did not adhere to clinical follow-up as the Ministry of Health protocol. Accession of higher rates were observed among individuals 03 (27.3%) who reported insertive anal sex practice, and when the partnership of the person exposed 04 (22.2%) was a sex worker and with positive result 02 (33.3 %) positive for HIV. Men are the ones who seek the PEP and membership fees are very low among them. Particularly among women membership is further compromised. There needs to be greater dissemination of this prevention and greater investment in health team technology to improve adherence to clinical follow-up of people who are at risk of HIV acquisition.

Keywords: HIV. AIDS. Post-Exposure Prophylaxis Sexual.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicação da (QP) segundo tipo de exposição e parceria.....	49
Quadro 2 - Tipo de exposição sexual e risco transmissão após contato com pessoa soropositiva para o HIV indicação da (QP) segundo tipo de exposição e parceria.....	49

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Distribuição dos casos (n=31) que usaram a quimioprofilaxia antirretroviral durante os 28 dias segundo seguimento clínico e laboratorial no CRE Central, no município de Ribeirão Preto- SP, 2015.....	88
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos que procuram Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo aspectos demográficos no CRE Central. Ribeirão Preto-SP, 2015.....72

Tabela 2 - Distribuição dos casos que procuraram Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo variáveis relacionada aos aspectos comportamentais da exposição e ao seguimento clínico no CRE Central. Ribeirão Preto, 2015.73

Tabela 3 - Distribuição dos casos que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual, segundo as variáveis indicação de quimioprofilaxia e uso da quimioprofilaxia. CRE Central, no município de Ribeirão Preto- SP, 2015.....83

Tabela 4 - Distribuição dos usuários que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo as variáveis resultados de exames para HIV da pessoa exposta conforme o protocolo preconizado, CRE Central. Ribeirão Preto, 2015.....85

Tabela 5 - Distribuição dos casos que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual, segundo as variáveis indicação de quimioprofilaxia e uso da quimioprofilaxia. CRE Central, no município de Ribeirão Preto- SP, 2015.....87

Tabela 6 - Distribuição dos usuários que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo as variáveis período de acompanhamento de exames para HIV realização de exames da pessoa exposta, CRE Central. Ribeirão Preto, 2015.....88

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AO	Acidente Ocupacional
ARV	Antirretroviral
(ATV/r)	Atazanavir/Ritonavir
AZT	Zidovudina
CDC	<i>Center For Disease Control</i>
CRIE	Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga viral
DIP	Doença inflamatória pélvica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FO	Fluído oral
HBV	Vírus da Hepatite B
HCFMRP- USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSH	Homem que fazem sexo com homem
HV	Hepatites Virais
HPV	<i>Human Papiloma Vírus</i>
IGHB	Imunoglobulina humana contra hepatite B
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
3TC	Lamivudina
LT-CD4+	Linfócitos T-CD4+
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MS	Ministério da Saúde

NPEP	Profilaxia pós-exposição não ocupacional
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes, e Práticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição (<i>Post-Exposure Prophylaxis</i>)
PEPsexual	Profilaxia Pós- exposição sexual
PPD	Derivado Proteico Purificado
PrEP	Profilaxia Pré-exposição (<i>Pre-Exposure Prophylaxis</i>)
PS	Profissional do sexo
PVHA	Pessoas Vivem com HIV/aids
QP	Quimioprofilaxia
RPR	Reagina plasmática rápida
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TDF	Tenofovir
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Taxa de Incidência
TR	Teste Rápido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
UE	Unidade de Emergência
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 JUSTIFICATIVA	26
1.2 HIPÓTESE	27
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Geral	28
1.3.2 Específicos	28
2. REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1 HISTORIA DA EPIDEMIA DO HIV/ AIDS	29
2.2 EPIDEMIA E EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS	31
2.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS	33
2.4 FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV	35
2.4.1 Fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV	35
2.5 ACONSELHAMENTO E TESTES PARA DETECÇÃO DO HIV	37
2.5.1 Testes disponíveis para detecção do HIV	39
2.6 RECOMENDAÇÃO DE PEP	40
2.6.1 Acidente ocupacional por materiais biológicos	40
2.6.2 Casais sorodiscordantes	41
2.6.3 Vítimas de violência sexual	41
2.6.4 Impacto da terapia antirretoviral na transmissão vertical	41
2.7 ESTRATÉGIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL	42
2.7.1 Acesso Universal	43
2.8 PREVALÊNCIA DO HIV NA POPULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO	45
2.9 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA PEPSEXUAL	46
2.9.1 Conduta no primeiro atendimento PEPsexual	46
2.10 RECOMENDAÇÃO DA PEPSEXUAL SEGUNDO O TIPO DE EXPOSIÇÃO E A PARCERIA FONTE	47
2.10.1 Circunstância em que não se recomenda a PEPsexual	48
2.10.2 Prescrição da PEPsexual e adesão	50
2.11 ACOMPANHAMENTO DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	51

2.11.1 Sífilis, transmissão, diagnóstico e evolução	53
2.11.2 Epidemiologia, transmissão, diagnóstico e evolução da Hepatite B	54
2.11.3 Epidemiologia, transmissão, diagnóstico e evolução da Hepatite C	57
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	59
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	59
3.2 LOCAL DO ESTUDO	61
3.3 POPULAÇÃO	64
3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	64
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	64
3.4.1 Instrumento de coleta de dados	65
3.4.2 Coleta de dados	68
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	68
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5. CONCLUSÃO	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
APÊNDICES	108
ANEXOS	110

APRESENTAÇÃO

A minha formação acadêmica consiste na graduação em Enfermagem e Obstetrícia (1986) e habilitação em Saúde Pública, ambos pela Universidade do Sagrado Coração, Especialização em Saúde Coletiva realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo em 1991 e Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal São João del Rei em 2014.

Quanto à experiência profissional, trabalhei no Hospital das Clínicas Faculdades de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de 1987 a 2010 nos seguintes locais: Unidade de Queimados referência regional e no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

Apresento resumidamente algumas atividades tais como: desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, realizar busca ativa dos casos de notificação compulsória e ou investigação das doenças definidas como prioritárias quanto ao seu monitoramento permanente, realizar medidas de bloqueio e orientação a usuários quanto à prevenção das doenças infectocontagiosas, analisar os dados mais relevantes relativos à Vigilância Epidemiológica, orientar e supervisionar estágio a alunos e residentes do curso de medicina e enfermagem.

Neste período, participei como expositora e debatedora em Seminários de Vigilância Epidemiológica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para alunos de graduação de enfermagem. Concomitante, trabalhei no Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) onde participei da implementação do Sistema de Informação o qual fui capacitada, assim como orientei e supervisionei profissionais quanto aos eventos adversos e aos cuidados com os imunobiológicos especiais, capacitando e avaliando atuação dos profissionais de enfermagem e medicina junto ao CRIE.

Desde 2004 trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, iniciei no Centro de Referência “Alexander Fleming” referência ao atendimento aos indivíduos com de DST/HIV/aids na região Norte, onde atuei nas ações de promoção, prevenção e assistência as pessoas vivendo com HIV/aids e ou de doenças sexualmente transmissíveis, realizando testes sorológicos nos pontos de

maior vulnerabilidade nas casas de prostituição das travestis e profissionais do sexo neste distrito. Capacitei auxiliares de enfermagem para aplicação e aferição da Prova Tuberculínica Derivado Proteico Purificado (PPD), e os enfermeiros para capacitação do teste rápido no município, região e Estado através do Programa Municipal de DST/AIDS/Hepatites Virais.

Em 2007 tive a oportunidade de ter uma indicação técnica ao cargo de gerente no Centro de Referência “Dr. José Roberto Campi” que atende aos usuários com DST/HIV/AIDS na região Sul, no qual também capacitei os auxiliares de enfermagem, técnicos e enfermeiros para realizar o teste de sensibilidade penicilina e o PPD, implementação das fichas de notificações compulsórias, realização de teste rápido para HIV em locais de maior vulnerabilidade, análise dos indicadores de saúde, avaliação da agenda ofertada aos usuários, agenda utilizada e absenteísmo, reforma do prédio, otimização e organização do serviço no período de 2007 à 2011.

Em 2011 foi inaugurado o Centro de Referência em Especialidade Enfermeira Maria Conceição da Silva, nome fantasia Centro de Referência em especialidade Central (CRE Central) localizado no Distrito Central, tive a oportunidade de ser convidada a gerenciar este serviço, sendo mais um desafio e aprendizado na minha carreira profissional. Neste sentido, com o compromisso, responsabilidade e visando a valorização do servidor da área de saúde e melhores condições do atendimento integral aos usuários.

Nesse contexto, propondo sugestões na adoção de ações de prevenções as DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais, as quais são de suma importância para garantir a equidade no acesso aos usuários, principalmente das populações chave em maior vulnerabilidade e risco, indicando sugestões na redução da taxa de absenteísmo, propostas para melhoria da qualidade dos serviços prestados de forma integral, recebendo e auxiliando aos alunos de graduação das Universidades para o conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e colaborando no campo da pesquisa com alunos de pós graduação de mestrado e de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão – USP e outros órgãos de saúde de nível estadual e nacional.

Neste sentido, com disposição busco inovações, espaço de qualificação e aprimoramento profissional e de reflexão do processo de trabalho para realizar as

transformações que se fazem necessárias. Dessa forma, em 2013 iniciei a pós-graduação que veio ao encontro com as minhas expectativas de estudo envolvendo Educação e Saúde, proposta ligada a minha área de trabalho.

Assim, este projeto de estudo veio contribuir de forma relevante para melhor direcionamento das ações de prevenção e promoção da saúde, me causando preocupação em pensar nas relações sexuais ocasionais, consentidas e desprotegida e a pouca divulgação dessa tecnologia de prevenção no cenário da epidemia do HIV/aids.

1 INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pós-exposição Sexual (PEPsexual) ou *Post-Exposure Prophylaxis* é uma tecnologia de prevenção com a indicação de medicamentos antirretrovirais (ARV), utilizada na profilaxia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) após uma exposição sexual. Estes medicamentos são os mesmos utilizados no tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, a PEPsexual foi preconizada em outubro de 2010 conforme publicação de “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV- 2008 suplemento III”. O suplemento apresenta, além de outras, orientações específicas para indicação da utilização de ARV em situação de exposição resultante de relação sexual consentida ou consensual (BRASIL, 2010a). Isto significa que a pessoa exposta não foi vítima de abuso ou violência sexual (HIV-AIDS & URGÊNCIAS,-2014).

A indicação de ARV para a profilaxia pós-exposição sexual é considerada complementar a adoção de práticas sexuais seguras. Tem a finalidade de interferir na transmissão do HIV para as pessoas que se expuseram sexualmente. A PEP sexual está indicada somente para relações sexuais com penetração, quando houver a perfuração, ruptura, deslizamento, saída do preservativo, ou mesmo a sua não utilização durante o ato sexual (BRASIL, 2010a).

Essas recomendações estão centralizadas na diminuição de vulnerabilidades e riscos, agregadas às ações de assistência e prevenção, sendo a sua promoção com foco nas práticas sexuais seguras. O risco é um fator que deve ser considerado levando em conta a exposição da pessoa, e a utilização correta e consistente do preservativo masculino ou feminino que contribui efetivamente na proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada no primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pela sociedade científica e por alguns países (BRASIL, 2015b, p.5) Nesse estudo, ainda se encontra a sigla DST.

e HIV, método de barreira avaliado como o mais eficaz e seguro em todas as relações (BRASIL, 2010a).

Assim, também, o Programa Nacional de DST e AIDS do MS, mostra que as abordagens que aconselham a redução do número de parceiros, a abstinência sexual e a fidelidade não têm impacto entre as pessoas sexualmente ativas, sendo essencial, que homens e mulheres percebam seu comportamento de risco e os de suas parcerias. Este mesmo Programa demonstra que as mulheres são vulneráveis e estão em condições de submissão na relação com os homens e não conseguem negociar o uso do preservativo, especialmente com seus parceiros fixos (BRASIL, 2005a).

Houve também, um aumento expressivo de pessoas que referiram ter mais de 10 parceiros sexuais na vida. Este crescimento ocorre desde 2008 quando se registrava 26% de pessoas com múltiplos parceiros, chegando a (44%) em 2013. Isto demonstra que os indivíduos têm modificado o seu comportamento no relacionamento sexual (BRASIL, 2015a).

A falta do preservativo nas relações sexuais tem como consequência a infecção pelo HIV e inclusive, em adquirir outros vírus tais como: Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HCV), e outras IST (BRASIL, 2006a). Por estes fatores, ocorreu a utilização e introdução da PEPsexual com ARV, que auxilia na prevenção somente da transmissão sexual do HIV evitando a disseminação de casos entre a população, não substituindo, porém, o uso do preservativo (BRASIL, 2010a).

A PEPsexual deve ser iniciada o mais breve possível, após a relação sexual com penetração desprotegida, preferencialmente, nas primeiras duas horas, sendo permitida a sua introdução até 72 horas. O uso de ARV pode ser favorável para prevenir a infecção do HIV. Por outro lado, as informações são escassas referente à eficácia da utilização da PEPsexual e do momento ideal para começar (CDC, 2005; BRASIL, 2010a).

Segundo Fletcher et al. (2013), a PEP é uma forma de intervenção que se destina a reduzir a probabilidade de soroconversão após exposição ao vírus. Neste sentido, é importante que a pessoa siga corretamente a prescrição médica, nas tomadas dos medicamentos, cuja finalidade da PEP é inibir a replicação inicial do vírus e, prevenir a infecção pelo HIV. A adesão da PEP é necessária e

de extrema importância, porque contribui com resultados benéficos de proteção ao indivíduo, interferindo na ação do vírus no organismo.

Outros estudos sobre exposição sexual, ou seja, não ocupacional descrevem evidências de que a PEP pode reduzir o risco de infecção para o HIV e diminuir a quantidade do vírus no sangue possibilitando interromper a infecção (OTTEN et al., 2000; SMITH et al., 2005; apud DRAUGHON et al., 2014).

Confirmando esta afirmativa Santos e colaboradores (2010, p.2) apontam que:

Em modelos animais mostrou-se que, após a exposição inicial, o HIV replica-se dentro das células dendríticas da pele e mucosa antes de espalhar-se através dos vasos linfáticos e desenvolver a infecção em até 72 horas. Essa demora na disseminação sistêmica proporciona a oportunidade para a profilaxia após exposição com o uso de drogas antirretrovirais que bloqueiam a replicação do HIV.

No que se refere ao uso de drogas ARV constatou-se a diminuição das concentrações do HIV no sêmen, podendo ocorrer a redução de transmissão sexual desse vírus (BARROSO, 2000 apud VERGARÁ, 2005). Para o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, a Terapia Antirretroviral (TARV) é uma estratégia emergente para prevenir a transmissão do HIV, em casos de exposição sexual, pelo fato da:

“... ausência de estudos diretos e de evidências definitivas em relação à eficácia, efetividade e segurança das recomendações para a abordagem da exposição sexual ao HIV, serão consideradas a plausibilidade biológica, os experimentos em animais e o modelo teórico utilizado na profilaxia pós-exposição ocupacional” (BRASIL, 2010a, p.52).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2013), a promoção do tratamento com ARV, como estratégia de prevenção incorporada à promoção do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, objetiva o fim de novas infecções pelo HIV. Por isso, é necessária a incorporação da prática assistencial vindo ao encontro das recomendações da PEPsexual em reduzir a infecção pelo HIV,

indicando que o atendimento de urgência médica, com atitudes acolhedoras, facilita o acesso na promoção da prevenção (BRASIL, 2010a).

A UNAIDS (2013, p. 8) em publicação realizada na revista *Resposta Global à aids* cita que os “avanços científicos recentes mostram que a TARV de qualidade comprovada previne a transmissão do HIV, o que inclui a terapia ao já estabelecido *Kit* para prevenção”. Nesse sentido, esforços devem ser envidados para que a população sexualmente ativa tenha conhecimento e acesso à PEPsexual, como importante estratégia da tecnologia de prevenção. Assim, o uso dos preservativos continua a ser complementar a todos os outros métodos de prevenção do HIV, uma vez que ainda não se tem disponível a vacina contra o HIV para a população.

Ainda são poucos os serviços de saúde no país que se utilizam desta estratégia para a redução do risco de transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2012a). Embora exista a PEP, ela é subutilizada como indicação na profilaxia após uma relação sexual ocasional. Consequentemente, quando este recurso não é oferecido para a população o usuário perde este benefício.

Chan et al. (2013), citam que a profilaxia pós-exposição sexual, é uma medida importante de intervenção clínica e de saúde pública. Além disso, os autores justificam que o acesso para PEPsexual deve ser facilitado e sugerem o apoio do financiamento público para prevenção do HIV.

Para o Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS em Recomendação para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV (BRASIL, 2010a, p.53) “a pessoa que busca atendimento após a exposição desprotegida apresenta receio de ter adquirido o HIV, possui dúvidas sobre a doença e suas possibilidades de tratamento e encontra-se ansiosa por um atendimento resolutivo”. O risco de aquisição do HIV em geral é baixo (BENN et. al, 2011). No entanto, o profissional de saúde deve acolher a pessoa exposta e orientá-la que, com o acúmulo de exposições ao longo do tempo se sujeita ao risco de contrair essa infecção.

Somente através da revelação do usuário sobre a sua prática sexual é que o médico poderá direcionar a conduta terapêutica (BRASIL, 2010a). Esta medida demonstra que o indivíduo precisa expor a sua intimidade, para que o profissional possa adotar medidas no seu cuidado.

Ribeirão Preto, cidade localizada na região Nordeste do Estado de São Paulo, cerca de 313 Km da capital, com uma população de 658.059 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014; IBGE, 2014); desde 1996 foi estabelecido o protocolo assistencial com a recomendação de ARV, cuja referência para o atendimento das vítimas de abuso sexual é a Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A partir de 1998, iniciou-se o atendimento de profissionais da saúde vítimas de Acidente Ocupacional (AO), por materiais biológicos no Centro de Referência Dr. José Roberto Campi um Serviço de Assistência Especializado (SAE), com indicação de ARV, que, atualmente, não atende esta demanda.

No ano de 2009, era comum as pessoas procurarem os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são modalidades assistenciais de prevenção dos SAE, no âmbito da saúde pública, solicitando aos profissionais a indicação e disponibilização dos ARV para combater o HIV pós-exposição sexual consentida e eventual.

Nessa época, os profissionais de saúde vivenciavam um dilema ético e moral pela falta de diretrizes do MS. Sentiam a necessidade de respaldo, com respostas a essas solicitações, uma vez que já havia muito bem estabelecido a recomendação da PEP, com a dispensação de medicamentos ARV, para casos de violência sexual, AO por material biológico e aos casais sorodiscordantes, ou seja, quando um dos parceiros vive com HIV (soropositivo) e outro não (soronegativo) (BRASIL, 2010a).

Entretanto, é importante frisar, que naquela ocasião, os profissionais desse serviço não tinham um consenso e nem aportes da literatura científica a respeito da utilização dessa profilaxia como uma intervenção que pudesse reduzir a transmissão do HIV, bem como a garantia da eficácia desses medicamentos em relações sexuais ocasionais e consentidas.

Assim, quando surgiram as recomendações da PEPsexual, ocorreram novas polêmicas entre os profissionais da equipe deste Centro de Referência, que questionavam se essas indicações poderiam estimular as pessoas a terem práticas sexuais desprotegidas, com consequente aumento da demanda de ocorrências em

busca desse recurso, e se aumentaria a resistência viral com o uso desses medicamentos.

Neste contexto, para facilitar o acesso, acolher o indivíduo em sua integralidade e equidade, bem como atender às recomendações do MS para a abordagem da exposição sexual ao HIV, em 2011, o Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais introduziu no município de Ribeirão Preto o Protocolo de Profilaxia da Terapia Antirretroviral para usuários pós-exposição sexual ocasional, como uma estratégia para prevenir a infecção do HIV.

Dessa forma, em 2012, organizou-se o fluxo de prestação dos serviços, capacitando os profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos para atenderem esta população.

A Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, por meio do Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais, estabeleceu que o Centro de Referência Enfermeira Maria Conceição da Silva, conhecido como CRE Central é referência para o atendimento e seguimento da PEPsexual com consultas clínicas, aconselhamento e seguimento sorológicos.

Na prática assistencial desenvolvida no CRE Central observa-se que as pessoas expostas manifestam preocupação e temerosas em se infectar com o HIV, semelhante aos estudos do MS (BRASIL, 2010a). Esses indivíduos têm dificuldades em adotar mudanças de comportamento sexual e não usam consistentemente o preservativo feminino ou masculino em todas as relações sexuais. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde aproveitem as oportunidades destes usuários no serviço de saúde para incentivá-los quanto às práticas de prevenção.

A equipe de profissionais que atuam no atendimento às pessoas que buscam a PEPsexual, precisam saber escutar, despir-se de preconceitos, para melhor acolher esses usuários e estarem capacitados para realizar o aconselhamento à respeito da saúde sexual, uma vez que os estudos epidemiológicos continuam apontando que, a principal via de transmissão do HIV é a sexual.

1.1 JUSTIFICATIVA

A aids é considerada a mais grave doença do século XX, que se expandiu rapidamente no mundo. A descoberta da cura, ainda é um grande desafio para a saúde pública mundial que investe em pesquisa e novas tecnologias para o rompimento da cadeia de transmissão. Frente ao cenário da aids, é necessário conscientização das pessoas no uso consistente do preservativo, considerando a possibilidade de se infectar com o HIV.

No entanto, ainda tem neste segmento quem continua se expondo em seu cotidiano por meio de relação sexual desprotegida, submetendo-se ao risco, e que procura pela PEPsexual para se proteger contra o HIV, faz-se necessário a busca de informações na literatura.

Diante da prática diária, como enfermeira, atuando como gerente do CRE Central (DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais) observou-se que as pessoas que buscam o atendimento, após uma relação sexual sem proteção ou com rompimento do preservativo, possuem informação do uso de ARV, para prevenir a transmissão somente do HIV e ignoram ou desconhecem o risco de se infectar com outras IST, negligenciando todos os cuidados. Essa desinformação leva os indivíduos a se descuidarem de sua saúde.

Percebe-se a ausência de procura da PEPsexual no CRE Central por mulheres, pessoas em situação rua, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), profissionais do sexo e por pessoas com baixo nível de escolaridade. Ainda, esta população, pela falta de informação, desconhece a disponibilidade da profilaxia pós-exposição sexual e perdem a oportunidade do cuidado à sua saúde e possibilidade de prevenção.

Na prática assistencial verifica-se, também, que boa parte desses usuários apresenta uma aderência inadequada ao tratamento terapêutico, ao acompanhamento clínico especializado e à coleta de exames laboratoriais. Considerando que estes fatores podem comprometer esse segmento, é necessário buscar subsídios e propor medidas de intervenções mais efetivas com a finalidade de minimizar o risco de transmissão do HIV e, conseqüentemente, de outras doenças transmitidas por via sexual.

O atendimento aos indivíduos com exposição sexual ocasional por demanda espontânea e com indicação da profilaxia pós-exposição existe há pouco tempo no país com poucas publicações referentes a esta temática e, portanto, é um fator de inovação que justifica este estudo. Sendo assim, a relevância desta pesquisa consiste em obter maiores subsídios para a avaliação do atendimento da PEPsexual, possibilidade de se identificar aspectos que possam influenciar o comportamento deste, afim de se encontrar estratégias efetivas para a redução de risco da infecção do HIV e demais IST.

O presente estudo procura identificar o tipo de exposição, as práticas sexuais desse segmento e estimar se realmente há interrupção do seguimento clínico especializado e laboratorial propostos na assistência aos indivíduos que buscam a PEPsexual no CRE Central, uma vez que não existem estudos dessa natureza em Ribeirão Preto.

1.2 HIPÓTESE

Os indivíduos que procuram atendimento após exposição sexual têm acesso à informação e possivelmente apresentam maior nível de escolaridade e noção que a PEP sexual previne a infecção pelo HIV.

Desses indivíduos, os homens buscam mais a PEPsexual que as mulheres, e através da assistência à saúde estarão mais propensos a concluir o tratamento clínico proposto.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Descrever o perfil e seguimento clínico dos indivíduos que após uma relação sexual ocasional, buscaram a profilaxia pós-exposição no Centro de Referência em Especialidade Enfermeira Maria Conceição da Silva no município de Ribeirão Preto-SP.

1.3.2 Específicos

- Descrever o perfil dos usuários, que buscaram a PEP, segundo aspectos demográficos e comportamentais (sexo, idade, nível de escolaridade, motivo da procura se usou o preservativo, se rompeu o preservativo, tipo de parceria e número de parceiros).
- Identificar a adesão ao seguimento clínico e laboratorial ou abandono do seguimento indicado.
- Analisar a adesão ao tratamento farmacológico proposto, no tempo recomendado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS

Os primeiros casos de morte por aids ocorreram em pessoas do sexo masculino, no Congo, em 1959, não sendo identificada nesta data. Uma amostra de sangue destes indivíduos foi coletada e preservada em laboratório e por volta de 1990, estudos demonstraram que esta amostra de sangue, conservada durante este tempo, foi testada e detectado que continha o vírus HIV (DIAZ, 2012).

No entanto, outros relatos começaram nos Estados Unidos da América (EUA) em 1978, quando diagnosticaram um número elevado de indivíduos adultos, do sexo masculino, com práticas homossexuais, que apresentavam comprometimento do sistema imunológico, com consequentes infecções oportunistas como Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* (atualmente *Pneumocystis jirovecii*). Frente a este quadro da doença os pesquisadores do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o órgão de vigilância epidemiológica EUA, pesquisou as características epidemiológicas da população afetada, constatou que acontecia principalmente entre homossexuais.

Nesta época, principalmente os americanos, grupo de homens que faziam sexo com homens (HSH) e os UDI eram uma população considerada de risco para adquirir esta síndrome. Na ocasião, eram raríssimos os casos relatados em heterossexuais, hemofílicos e estrangeiros (CDC, 1982; MAZUR, 1982 apud QUAGLIARELLO 1982, p. 444). Concluiu-se que se tratava de uma doença transmissível de pessoa para pessoa e de acordo com o modo de vida (BRASIL, 1999). Vale ressaltar que neste período, os pacientes que chegavam aos serviços de saúde apresentavam uma aparência acinzentada, cabelos ralos, caquéticos e quando diagnosticados com aids sentiam-se sentenciados à morte.

No Brasil, os primeiros casos de aids ocorreram no Estado de São Paulo, identificados no início da década de 1980 e, quando comparados com os casos dos EUA, mostravam semelhança na questão de sexo, sendo afetada principalmente a população conhecida como “grupo de riscos” composto por gays adultos, os UDI e os portadores de hemofilia (BRASIL, 2012a). Na região

de Ribeirão Preto o primeiro caso de aids ocorreu em 1984 e foi registrado oficialmente no ano de 1986 (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Com o passar dos tempos, os casos diagnosticados foram tomando espaço entre a população geral, homens heterossexuais e consequentemente suas parceiras sexuais. Outro grupo populacional especialmente infectado, e já mencionado, foram pessoas que receberam transfusão de sangue ou seus hemoderivados, principalmente os hemofílicos (BRASIL, 2012). Os casos de aids continuaram aumentando, na população pobre (pauperização), chegando no interior (interiorização) e atingindo o sexo feminino (feminização) (BRASIL, 1999).

No Estado de São Paulo, ocorre a interiorização da doença, onde várias cidades registraram, na época, o aumento de casos e mortes por aids. Dentre essas, existem as cidades com as características turísticas, portuárias ou localizadas na rota caipira do tráfico de drogas, tais como Santos, Campinas, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto e outras (SÃO PAULO, 2002).

Apesar dos números mostrarem que os homens são os mais afetados pela doença do que as mulheres houve uma tendência de feminização da aids, consequentemente, diminuindo esta diferença entre os sexos masculino e feminino. Quanto à categoria de exposição em relação ao homossexualismo feminino, não havia informação a esse respeito, pois, provavelmente, naquele período, os casos notificados não constavam esta informação ou estavam como situações ignoradas nos registros das fichas epidemiológicas (SÃO PAULO, 2014).

Pela predominância da aids entre os homens, há motivos que justificam a necessidade de ampliar ações preventivas e estratégias efetivas com o intuito de estimular essa população comparecer aos serviços de saúde, e fortalecer os trabalhos de prevenção extramuros.

2.2 EPIDEMIA E EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

A epidemia da aids, após 30 anos da sua descoberta, continua um desafio para a saúde pública. Desde o seu início houve mais de 78 milhões de pessoas que foram infectadas pelo HIV e 39 milhões de pessoas morreram em todo mundo. Para o Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS, 2013), mundialmente foram lançadas estratégias de concentrar esforços, para diminuir a transmissão da doença e as taxas de incidência de novas infecções.

O UNAIDS divulgou, os dados do Relatório Global sobre a epidemia de aids no mundo e apontou que em 2014, 36,9 milhões de PVHA, entre elas apenas (54%) 19,8 milhões conheciam estar infectados (UNAIDS, 2015). Atualmente, em nível mundial a aids é a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres, com idades entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2013; MARTINS et. al, 2014).

Os pesquisadores ainda não encontraram a cura para a aids, mas as metas que foram traçadas para a doença dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 6), em deter e reverter a alastramento do HIV foram obtidas antes do período determinado. Desde 2000, ano em que os (ODM) foram instituídos, a resposta global ao HIV impediu 30 milhões de novas infecções pelo vírus e cerca de 8 milhões (7,8 milhões) de mortes relacionadas à aids no mundo. Ainda, mundialmente entre 2000 e 2014, novas infecções caíram de 3,1 milhões para 2 milhões, registrando uma diminuição de (35%) e houve queda das mortes por aids em (41%) (UNAIDS, 2015).

Enquanto que a África Subsaariana permanece a região mais atingida pela aids, no mundo, com 60% das pessoas infectadas, sendo 20 adultos e 1 encontram-se com o HIV. Outros países, como a Nigéria, África do Sul e Uganda são responsáveis por 48% de novas infecções pelo HIV e outras regiões como o Caribe, o Leste Europeu e a Ásia Central, aparecem acentuadamente afetadas por este vírus, em indivíduos adultos (UNAIDS, 2013).

De acordo com o UNAIDS, na África Subsaariana cerca de 90% das pessoas que vivem com HIV tiveram acesso aos ARV, no ano 2014. Desses, 76% conseguiram a supressão viral, diminuindo significativamente a transmissão

do vírus aos seus parceiros sexuais. Nos últimos cinco anos nesse país, houve diminuição de 58% das mortes relacionadas à aids (UNAIDS, 2015).

No Brasil, atualmente a taxa de detecção de aids está estabilizada, com cerca de 20 casos a cada 100 mil habitantes, nos últimos cinco anos, representando anualmente cerca de 39 mil casos da doença (BRASIL, 2015a). Desde o início da epidemia até junho de 2014, foram registrados, no país, 757.042 mil PVHA. No mesmo período 491.747 o que representa cerca de (65,0%) dos casos de aids em homens e 265.251 em mulheres, representando (35,0%) (BRASIL, 2010a, BRASIL, 2014). Estima-se que 255 mil pessoas, no Brasil, não têm conhecimento de que vivem com HIV (SÃO PAULO, 2013; BRASIL, 2013b; UNAIDS, 2013).

Neste mesmo período, no país, a região mais atingida foi a Sudeste com maior número de casos 379.045 representando 55,2% da população brasileira, sendo que 228.698 foram registrados no Estado de São Paulo; dos quais 103.267 evoluíram para óbito (BRASIL, 2013b). Em seguida, os dados da Região Sul apresentavam 137.126 casos, cerca de (20,0%) de indivíduos infectados, seguidos da Região Nordeste com 95.516 representando (13,9%) de habitantes. Na Região Centro-oeste apontou-se 39.691 pessoas com HIV, ou seja, (5,8%) da população regional e a Região Norte tendo 35.100 casos representando (5,1%) (BRASIL, 2013b).

No Estado de São Paulo, são 132.000 indivíduos adultos e jovens vivendo com HIV, mostrando que desde o início da epidemia até hoje o segmento populacional mais atingido é o sexualmente ativo e em idade reprodutiva (SÃO PAULO, 2014; BRASIL, 2013b). Como mostram os dados epidemiológicos de São Paulo (2014), no período entre 1980 a 2013 houve redução da taxa de incidência (TI) do HIV/aids em todas as idades, a qual é mais significativa entre as mulheres (48,0%), do que entre os homens cerca de (28,7%) na faixa etária entre 15 a 49 anos (35,9%).

No Estado de São Paulo, os casos de aids notificados, segundo a categoria de exposição, têm-se a população HSH cerca de (29,4%) e os heterossexuais que foram de (29,1%). Ainda, na categoria de exposição dos (86,7%) dos casos notificados em mulheres, (74,8%) infectaram-se pelo HIV através das relações por transmissão heterossexuais (SÃO PAULO, 2014).

No município de Ribeirão Preto, desde 1980 até Junho de 2011 foram notificados 8.531 casos da doença (SÃO PAULO, 2011a). Em 2000, o município ocupava o terceiro lugar em coeficiente de incidência no Estado de São Paulo e em 2012 conseguiu avançar para o sétimo lugar (São Paulo, 2014).

2.3 INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

No ano de 1986, um comitê taxonômico internacional recomenda o termo *Human Immunodeficiency Vírus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) para identificar o vírus que tem a capacidade de transmissão pessoa a pessoa (BRASIL, 1999; DIAZ, 2012). O HIV-1 é um retrovírus, isolado de pacientes com aids, identificado em 1984, posteriormente identificado um segundo agente etiológico, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2 (BRASIL, 1999).

Por outro lado, a infecção aguda pelo HIV ou Síndrome Retroviral Aguda (SRA) é caracterizada por uma doença transitória e sintomática que acontece logo após a exposição, quando ocorre intensa replicação viral (BRASIL, 2008a). Como consequência, o indivíduo nesta fase de replicação viral tem maior risco para transmitir o vírus, ou seja, em uma relação sexual desprotegida sua parceria sexual tem mais chance da aquisição do HIV. Assim como resultado, o quadro clínico pode mostrar um conjunto de manifestações, incluindo febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia cefaleia, diarreia, perda de peso e outros sinais e sintomas. Por ser semelhante a outras infecções virais agudas, a SRA, muitas vezes, deixa de ser diagnosticada adequadamente (BRASIL, 2008a; BRASIL 2013a).

Em vista disso, talvez a população não saiba reconhecer estes sinais e sintomas, cabe, pois aos profissionais de saúde orientar adequadamente este usuário a respeito da infecção pelo HIV, abordando temas desde a prevenção, promoção à saúde sexual, formas de transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico até formas de tratamento, para que o mesmo tenha condições de adquirir conhecimento a respeito dessa doença.

Segundo MS, nas Recomendações para o Manejo de Coinfecção HIV/TB em serviços de atenção especializada, estima-se que o tempo médio entre a

exposição ao vírus HIV e o desenvolvimento da aids sejam de dez anos para os indivíduos que não foram tratados (BRASIL, 2013a). Em virtude disso, quanto antes o indivíduo que tem o vírus HIV ter conhecimento da sua situação sorológica e receber tratamento, menor a chance de adoecer precocemente e a doença progredir.

Como também, a população de maneira em geral, atribui os sinais e sintomas a outras causas e, portanto, não buscam assistência de saúde, descobrem tardiamente sua condição de estar vivendo com HIV, identificando a doença somente na manifestação das infecções oportunistas. Também para o médico é difícil de reconhecer a infecção por ser um quadro clínico semelhante com outras viroses.

A infecção pelo HIV-1 cursa com ampla apresentação clínica, desde a fase aguda que pode ser assintomática, até a fase avançada da doença, com as manifestações da aids (BRASIL, 2008a). Entre os indivíduos que foram infectados pelo HIV 50% a 90%, apresentam SRA. À medida que a infecção progride, frequentemente ocorrem os sintomas, com alterações neurológicas, aparecimento de infecções bacterianas como pneumonia, bronquite, sinusite, lesões cutâneas, entre outras (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2013a).

Esta evolução acompanha a queda progressiva de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+), que são as células mais importantes para manutenção da imunidade. Dessa forma, quando o HIV invade as células CD4, conseguindo infecta-la, o organismo fica indefeso. Consequentemente, com a queda do CD4 com níveis abaixo de 200 células/mm³ aumenta a carga viral (CV) do vírus no organismo, significa, que quando o CD4 está baixo e CV alta ocorre o aparecimento de infecções oportunistas (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2013a).

De acordo com Brasil (2013a) as doenças oportunistas e as neoplasias é que determina a aids com a manifestação de pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Quanto às neoplasias mais comuns que acontecem quando a pessoa está com aids são o sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens (BRASIL, 2013a).

2.4 FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV

A exposição sexual é caracterizada pelo contato direto com mucosas e fluídos genitais, pela falta de proteção durante as relações sexuais ou rompimento do preservativo, ocorrendo, assim, o risco de se infectar com HIV, Hepatites Virais (HV) e outras DST (BRASIL, 2006a).

Segundo Brasil (1999) o HIV é transmitido através de relação sexual desprotegida anal ou vaginal, uso de produtos de sangue não controlados, de mãe para o filho durante a gestação conhecida como transmissão vertical (TV), trabalho de parto ou no aleitamento materno, compartilhamento de seringas e agulhas, especialmente os UDI; reutilização de objetos perfuro-cortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados com sangue de pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 1999).

Em estudo realizado por Vergara (2005), respaldado por Cohen (2002), comprova esta afirmativa, que a via sexual é a maior responsável pela disseminação do HIV-1, sendo responsável por 75% das novas infecções, em homens e mulheres, nos EUA. No Brasil 80% dos casos, também, procedem da exposição sexual (BRASIL, 2013b). Sob este ponto de vista, para Chan et al. (2013), a atividade sexual continua a ser mundialmente a via de transmissão mais efetiva do HIV.

O risco da transmissão do HIV nas situações de sexo consentido e desprotegido acontece no máximo em 5% dos casos (BRASIL, 2012b), certamente, o risco deve ser avaliado e considerado.

2.4.1 Fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV

De acordo com Brasil (2010a) outros fatores que aumentam o risco de transmissão sexual do HIV, após contato sexual nas relações desprotegidas, devem ser considerados como indicação da PEP e compreendem:

Ruptura de barreira na mucosa da pessoa exposta;
 Qualquer tipo de ferimento ou lesão na região genital;
 Presença de sangramento ou menstruação;
 Presença de IST aumenta o risco de transmissão do HIV, especialmente na presença de úlceras genitais
 Parceiro sexual for HIV positivo e se estiver com CV sanguínea detectável (quantidade de HIV circulando no sangue);
 CV genital; correlaciona-se com a CV sanguínea; abaixo dos limites de detecção reduz de forma significativa o risco de transmissão, mas não o elimina completamente
 (BRASIL, 2010a, p.59).

Segundo Brasil (2006a) é importante avaliar o tipo de exposição sexual com penetração vaginal, anal ou oral, ocorrência de trauma, a presença de úlceras genitais e sangramento, como no caso da menstruação considerando o risco da aquisição de IST. O maior risco de uma relação sexual desprotegida é o da transmissão do HIV, cuja parceria sexual vive com o HIV/aids, especialmente envolvendo as relações anal ou vaginal receptivas, anal ou vaginal insertiva (BRASIL, 2010).

Além disso, estudos apontam que indivíduos com IST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativo têm um risco acrescido em três a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o que eleva a probabilidade para 18 vezes, se a doença percorrer com úlceras genitais (FLEMING; WASSERHEIT 1999, apud BRASIL, 2006a). Quando o indivíduo vive com o HIV associado a alguma IST, aumenta a duração dos sintomas e mais facilmente transmitirá o vírus aos seus parceiros sexuais (VERGARA e BARROSO, 2007)

A concentração média de HIV no líquido seminal é oito vezes maior em homens com uretrite (COHEN et al. 1997, apud Brasil, 2006b; CDC, 2005). Essa ocorrência torna-se mais agravante, para pessoa exposta, acrescentando a chance em infectar-se com o HIV. É importante que o usuário tenha conhecimento do aumento desse risco e da chance de contrair o HIV quando há a prática de relações desprotegidas, e inclusive da transmissão de uma dessas doenças através do sexo oral como, por exemplo, a sífilis e o *Human Papiloma Vírus* (HPV) que a maioria das vezes aparece em forma de verrugas.

O sexo oral não é seguro, e o risco pode ser diminuído com a proteção de barreira na cavidade oral com a utilização de papel filme ou de preservativo

aberto longitudinalmente (VERGARA e BARROSO, 2007). O sêmen e secreções vaginais são considerados o maior responsável na transmissão sexual e potencialmente infectante para HBV, HCV e HIV além do sangue e fluidos corporais (CDC, 2001).

Um estudo de Quinn e cols. (2000, apud Vergará e Barroso 2007 p. 18) que fez revisão dos vários fatores que influenciam a probabilidade de transmissão sexual do HIV revelou que:

os casais nos quais um dos parceiros era infectado pelo HIV e o outro não, observaram que a carga viral plasmática do HIV-1 relacionou-se com a probabilidade de transmissão sexual. Salienta que neste estudo, acompanhou 415 casais discordantes, não havendo diferença significativa entre a taxa de transmissão de parceiros masculinos para femininos ou de parceiras femininas para seus parceiros masculinos.

Embora, não tenha diferença significativa na taxa de transmissão sexual nos casais sorodiscordantes em ambos os sexos, ainda, a parceria soronegativa está exposta e sujeita ao risco em adquirir outras infecções através do sexo sem proteção. Esta decisão deve ser pensada pelo casal e principalmente pela parceria soronegativa para o enfrentamento desse risco.

2.5 ACONSELHAMENTO E TESTES PARA DETECÇÃO DO HIV

O aconselhamento consiste em uma abordagem utilizada antes de realizar a testagem sorológica para o HIV, com a finalidade de proporcionar confiança e condições ao indivíduo de verbalizar e, reconhecer o que leva a ter um comportamento de risco com possibilidades de comprometer a sua saúde. O será orientado a respeito das formas de prevenção das IST e HIV (BRASIL, 2005a).

Para Lima et al. (2007), o bom atendimento baseado na escuta ao usuário, incorporado ao adequado papel profissional colabora para a constituição de vínculo do usuário-serviço de saúde, melhorando o processo de assistência e o acesso às ações de saúde. Por isso, é primordial que se estabeleça uma interação entre profissional e usuário, constituindo um dos aspectos importantes desse processo a escuta e observação, sem juízo de valores ou discriminação.

O teste será concretizado somente com o consentimento do indivíduo, que pode decidir a necessidade ou não da realização do teste (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008a).

É fundamental esclarecer para pessoa que deseja realizar o teste para HIV a respeito do período de janela imunológica que é tempo de intervalo entre a infecção e a detecção dos anticorpos anti-HIV no sangue, que leva em média entre 20 a 30 dias. É importante respeitar esse período para a realização do exame, pois, um exame realizado antes desse período de janela pode apresentar um resultado negativo e ocorrer a soroconversão que o resultado positivo para o HIV. Também é necessário ressaltar que esse período é considerado de alto risco de transmissibilidade e são detectadas cerca de 90% das infecções por HIV. Embora, neste intervalo o indivíduo pode ter um teste anti-HIV negativo e ainda estar infectado. Por este motivo para o MS, o ideal é realizar o teste anti-HIV 60 dias após uma provável infecção (BRASIL, 2008a). É essencial que o profissional de saúde explique ao indivíduo a respeito desse período, pois muitas vezes os usuários não têm conhecimento e procuram o serviço nessa fase, desejando realizar a testagem.

Além disso, a disponibilidade da oferta de testes para detecção do HIV e o diagnóstico precoce são ferramentas essenciais no combate às novas infecções do HIV. Esses testes são indicados para todas as pessoas sexualmente ativas, que precisam ter conhecimento que uma relação sexual com penetração desprotegida, inclusive o sexo oral, não descarta o risco de transmissão de IST e HIV. Outras reflexões importantes incluem avaliação de riscos como relações sexuais desprotegidas, número e tipos de parcerias sexuais, utilização e compartilhamento de equipamento para o uso de drogas (BRASIL, 2008a).

No município de Ribeirão Preto, a testagem para o HIV, assim como outros exames sorológicos, HBV, HCV e *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), um exame para detectar a Sífilis, podem ser realizados em qualquer unidade básica de saúde (UBS), por solicitação médica ou pelo enfermeiro. Nos CTA o atendimento é realizado pelos enfermeiros que atende a demanda espontânea, ou seja, o usuário não precisa de agendamento com hora marcada.

2.5.1 Testes disponíveis para detecção do HIV

O diagnóstico da infecção pelo HIV é detectável a partir da realização de testes sorológicos, moleculares ou por meio de testes rápidos (TR). Segundo Brasil (1999, 2014) os testes sorológicos baseiam-se na detecção de anticorpos e/ou antígenos do HIV presentes ou não na amostra de soro ou plasma de indivíduos infectados. Em nosso país, os testes sorológicos utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV são:

- Reação de ensaio imunoenzimático: esse é o principal teste utilizado no diagnóstico sorológico do HIV, conhecido como Elisa.
- Western blot: teste confirmatório da infecção é utilizado para confirmação do resultado reagente ao teste Elisa.
- Imunoblot/imunoblot rápido: detecção de anticorpos em menos de 30 minutos.
- Testes moleculares: São utilizados para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos.

O uso do TR para o diagnóstico da infecção pelo HIV na avaliação da indicação de PEP é fundamental, é um dispositivo de teste de uso único, que não depende de infraestrutura laboratorial que podem ser realizados em até 30 minutos. Desde julho de 2005 foi implantada, no país, a utilização de TR de acordo com o algoritmo disposto na portaria 34/SVS/MS (BRASIL, 2005). Outra portaria Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013 normatiza e permite o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando exclusivamente testes rápidos, sem que haja necessidade do uso de quaisquer outros exames laboratoriais para confirmação do resultado.

Em relação aos TR atualmente utilizam-se amostras com fluido oral (FO) para realização do diagnóstico de HIV. Nesse caso a janela de soroconversão dos TR que utilizam FO pode chegar até 90 dias (BRASIL, 2015c). Este teste é utilizado em todos os CTA no município de Ribeirão Preto.

O TR pode diminuir a ansiedade da pessoa exposta naquele momento, como também, o resultado do teste deve ser esclarecido de acordo com a experiência da vulnerabilidade de cada indivíduo, levando-o à reflexão e adoção

de práticas mais seguras, na prevenção do HIV e outras IST, independente do resultado do exame. Os serviços de saúde que oferecem exames anti-HIV devem garantir o sigilo e a confidencialidade ao indivíduo, o qual somente pode ser rompido mediante o consentimento expresso do usuário (BRASIL, 2005a, BRASIL, 2006a).

2.6 RECOMENDAÇÃO DE PEP

2.6.1 Acidente Ocupacional por materiais biológicos

A TARV tem sido amplamente utilizada como profilaxia para prevenir a transmissão do HIV em AO ocorrido em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com agulhas e materiais perfuro cortantes. Estes acidentes são considerados exposições com maior risco quando envolvem materiais biológicos, principalmente aqueles contendo sangue contaminado com o vírus do HIV e das HVB e HCV (MIRANDA et al., 2011).

De acordo com Brasil (2001) esta recomendação deve ser considerada como urgência médica e garantir a PEP pós-exposição ao HIV. Segundo Ippolito et al. (1999) o risco estimado da transmissão do HIV após exposição a materiais biológicos em acidentes percutâneos quando envolve sangue em profissionais de saúde é cerca de 0,3% a 0,5%.

Santos e colaboradores (2010) avaliaram que as intervenções ou condutas pós-exposição, em casos de acidentes, devem iniciar logo após sua ocorrência, considerando uma redução da eficácia se acontecer o contrário. Sob este ponto de vista, Martins et al. (2010) analisaram a adesão ao protocolo AO entre os cirurgiões dentistas e constataram através dos relatos que poucos destes profissionais realizaram testes sorológicos para HIV, HBV e HCV após exposição. Este fato pode trazer sérias consequências a estes profissionais que não foram testados logo após AO por material biológico, principalmente, se desconhecem seu status sorológicos, ou da pessoa fonte, e se infectarem nesta ocasião.

2.6.2 Casais sorodiscordantes

Outra medida após exposição refere-se à indicação da profilaxia aos casais sorodiscordantes está indicada na prevenção ao risco de aquisição do HIV pelo parceiro soronegativo. Esta conduta visa à redução do risco de transmissão sexual do HIV em situações que teve contato com fluidos genitais infectados por relação sexual desprotegida ou rompimento do preservativo com parceria sabidamente HIV positivo. O MS, alerta que os profissionais de saúde devem atentar para este fato, pois, o esquema de quimioprofilaxia (QP) indicado ao parceiro soronegativo deve ser o mesmo da parceria infectada (BRASIL, 2010a).

2.6.3 Vítimas de violência sexual

Estudos apontam que o risco de transmissão do HIV está entre 0,8% nos casos de relações por meio de violência sexual. A grande preocupação das pessoas vítimas desse abuso é infectar-se com o HIV (BRASIL, 2010a). Além disso, os traumas à violência sexual contribuem para elevar o risco de transmissão do HIV e IST, uma vez que a falta de lubrificação pode ocasionar lesões abrasivas e solução de continuidade (BRASIL, 2006a).

A indicação de PEPsexual ao HIV nos casos de violência deve ser avaliado criteriosamente quanto ao tipo de violência que foi praticado contra as mulheres e homens. Segundo MS, os riscos potenciais mostram-se inferiores aos benefícios com a utilização dos ARV (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2010a).

Um estudo de Rodriguez et al. (2013) na prática de uma sala de emergência, comparou que a prescrição da PEPsexual é significativamente maior para as vítimas de agressão sexual, ocorrendo o contrário com a exposição sexual consentida, nessa situação é menos provável que ocorra a prescrição do medicamentos ARV.

2.6.4 Impacto da TARV na transmissão vertical

A utilização da TARV durante a gestação é uma das formas mais efetivas para evitar que a mãe soropositiva transmita o HIV ao recém-nascido. Contribui, na redução nas taxas de transmissão materno infantil do HIV da mãe para o feto que foi a responsável pela maior parte das infecções em crianças (BRASIL, 2010b). As taxas de TV do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, é cerca

de 25% a 30%. Por outro lado, essa taxa pode ser reduzida para 0,95% de transmissão com a implementação de medidas adequadas como: administração de ARV, parto cesárea e suspensão do aleitamento materno (BRASIL, 2010b). Ressalta que entre 2000 e 2014, aumentou o acesso de (73%) aos ARV das gestantes vivendo com HIV, e isto contribuiu para diminuição de (58%) de novas infecções de TV no mundo (UNAIDS, 2015).

2.7 ESTRATÉGIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL

No Brasil foram implementadas estratégias para a prevenção do HIV, além de novas tecnologias científicas que se incorporaram para diagnosticar e tratar o HIV/aids e o acesso universal ao tratamento com ARV (BRASIL, 2013c; UNAIDS, 2013). O país investe em campanhas como “Fique Sabendo”, que acontece anualmente a nível nacional e disponibiliza gratuitamente no SUS os testes sorológicos e o TR para o HIV. As campanhas têm como proposta estimular a população sexualmente ativa, para realizar a testagem para o HIV. Mediante o diagnóstico precoce trata o indivíduo, o que pode possibilitar a diminuição da transmissão do vírus, por relação sexual na população.

Houve ainda, a ampliação desses testes para realização do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, para todas as gestantes durante o pré-natal e para as pessoas com tuberculose na rede de atenção básica e nos CTA; distribuição gratuita de gel lubrificante, preservativos femininos e masculinos (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2013c; UNAIDS, 2013; SÃO PAULO, 2014).

Diante da epidemia da aids que desenvolveu-se numa rápida globalização e gerou um movimento mundial, o Brasil tem participação efetiva na busca de respostas positivas, firmando seu compromisso político em prol dos direitos humanos. Com o propósito da eliminação do HIV, alguns países se comprometeram em 2011, com a Declaração Política sobre HIV e aids das Nações Unidas, em intensificar esforços, para alcançar tais objetivos em 2015 (UNAIDS, 2013). A partir dessa Declaração Política, o UNAIDS articulou 10 metas específicas para 2015, com o objetivo de guiar a ação coletiva (UNAIDS, 2013, p. 9):

1. Reduzir a transmissão sexual em 50%.
 2. Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
 3. Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à aids.
 4. Disponibilizar a terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas.
 5. Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%.
 6. Acabar com a lacuna nos recursos globais para a aids e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
 7. Eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseada em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV.
 8. Eliminar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo e afetadas pelo HIV, pela promoção de leis e políticas que garantam a completa realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
 9. Eliminar restrições para que pessoas vivendo com HIV possam entrar sair ou estabelecer residência.
 10. Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV para fortalecer a integração da resposta à aids nos esforços globais em saúde e desenvolvimento.
- Com os avanços científicos e tecnológicos é crescente a produção de novas informações referente ao impacto da terapia antirretroviral na transmissibilidade do HIV e seus efeitos na estratégia de prevenção.

2.7.1 Acesso universal e avanços dos antirretrovirais

O UNAIDS (2014) afirma que nos últimos três anos, no mundo, houve diminuição de 13% de novas infecções pelo HIV, provavelmente pela introdução da TARV. Outro aspecto que deve ser ressaltado é o resultado da TARV cujos avanços modificaram e interferiram no curso natural da infecção do HIV (UNAIDS, 2013; UNAIDS, 2014). Este mesmo Programa mostra que cerca de 75% das pessoas, mediante um resultado positivo de HIV, imediatamente buscam o tratamento e tem acesso TARV (UNAIDS, 2015).

Para Brasil (2008a) e UNAIDS (2015) o diagnóstico para aids era considerado uma sentença de morte no começo de 1990 até o ano 2000. Destaca-se com a introdução de forma universal da TARV, aliada ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, a aids tornou-se uma doença tratável e crônica. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento, a garantir o acesso

universal de medicamentos com a disponibilização gratuita nas farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS). Por este fato, as autoridades de todo o mundo questionaram a capacidade do país em garantir esse acesso universal (TEIXEIRA et al., 2000; DOURADO et al., 2006; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015).

Através dessa determinação política levou o país como ator principal no tratamento da aids, possibilitou melhorar a qualidade de vida e sobrevida das PVHA. Por esse motivo, conseguiu mudar o cenário da epidemia no país, havendo diminuição de incidência dos casos de aids, que está atribuída ao impacto da introdução dos medicamentos ARV (DOURADO et al., 2006; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015a). Assim, coloca-se em prática uma das diretrizes norteadoras da saúde do SUS: “Saúde um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2015).

Outro aspecto que deve ser enfatizado é que, o governo brasileiro instituiu o Programa Nacional de DST e aids para conduzir a política de combate à recente epidemia no país (TEIXEIRA et al., 2000; DOURADO et al., 2006; BRASIL, 2015a).

Dourado et al. (2006), concluíram no estudo sobre as tendências da epidemia da aids no Brasil que, após a introdução TARV e seu amplo acesso para população, estes medicamentos representaram um importante impacto sobre a mortalidade do HIV/aids no país.

Atualmente, o novo foco para vencer a epidemia de HIV/aids é o estímulo à TARV para todos os indivíduos com HIV, independentemente de seu estado imunológico, além de impactar a morbidade e mortalidade, auxilia na diminuição da CV, reduzindo, assim, a transmissibilidade do vírus (BRASIL, 2013a).

O Brasil reitera seu compromisso da meta 90/90/90 até 2020: 90% de PVHA com conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas HIV+ em tratamento; 90% das pessoas em tratamento com CV indetectável. Essa meta é monitorada por meio da cascata do cuidado contínuo (BRASIL, 2014 p.3).

2.8 PREVALÊNCIA DO HIV NA POPULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO

Segundo Brasil (2010a), a prevalência do HIV apresenta-se baixa na população em geral, na faixa etária entre 15 a 49 anos, com 0,6% que se expõe o

menor risco (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014). Portanto, mesmo sendo um risco baixo, o profissional de saúde deve esclarecer à população a não se arriscar em relações ocasionais sem proteção, pela possibilidade de contrair uma possível infecção, é senso comum, muitos acreditarem que estão livres deste risco, e que a transmissão pode ocorrer somente para outras pessoas.

Por outro lado, o mesmo não acontece com as populações chave, como os UDI, gays e HSH e as PS, que apresentam uma prevalência maior para aquisição do HIV. O MS recomenda que a decisão para indicar a QP implique em avaliar o segmento populacional a que pertence à parceria sexual da pessoa exposta. A prevalência é considerada alta $\geq 5\%$, incluindo as PS e como baixa $< 5\%$ na população geral (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014).

De fato, estas populações em situações de maior risco apresentam uma prevalência mais alta, quando comparadas com a população em geral. Em virtude disso, a epidemia de aids é classificada como concentrada, por encontrar-se na população que fazem uso de drogas ilícitas inclusive os UDI que houve uma diminuição da transmissão entre os usuários cuja prevalência é de 5,9% e os usuários de crack 5,0%; sobretudo um aumento de novas infecções entre gays e HSH esta taxa apresenta mais alta, com 10,5%, e entre as PS é de 4,9% (BRASIL, 2014).

Essas populações chave são difíceis de serem alcançadas, ocorrendo a falta de acesso ao sistema público, e, além disso, quando buscam os serviços de saúde são vítimas de discriminação e preconceitos (BRASIL, 2015).

A OMS define populações-chave como grupos que, devido a comportamentos de alto risco específicos, estão em maior risco de HIV, independentemente do tipo de epidemia ou contexto local. Além disso, elas muitas vezes têm problemas jurídicos e sociais relacionados com os seus comportamentos o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV. A OMS também alerta que os países precisam remover as barreiras jurídicas e sociais que impedem a muitas dessas pessoas o acesso aos serviços (UNAIDS, 2014).

A falta de adoção de práticas mais seguras nas relações sexuais, o uso de drogas, desigualdades sociais e dificuldades de acesso aos serviços são fatores de maior impacto de epidemia nas populações chave e principalmente nos indivíduos em situação de rua. As populações chave sofrem, assim, maior

impacto referente à doença por estarem estritamente relacionadas aos indivíduos e ao contexto social em que vivem, concentrando-se, principalmente, nos centros urbanos (GRANGEIRO et al., 2012). Nesse sentido, essa população é excluída, invisível ao contexto social e para saúde pública.

Por este motivo, o Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais de Ribeirão Preto vai ao encontro da população em situação de rua. Esse Programa busca intervir no próprio espaço onde se encontra esta população, promovendo ações e estratégias para a redução de danos. É importante realizar atividades extramuros em busca dessa população chave, que deve ser acolhida pelos profissionais de saúde, tendo em vista à diminuição de riscos, a oferta de exames, a realização de tratamento e diagnósticos, integrando-se à rede de atenção à saúde municipal. Outra medida importante de informação adotada é com relação ao esclarecimento sobre a PEPsexual, que possui um protocolo de atendimento, facilitando, assim, o acesso ao usuário.

2.9 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA PEPSEXUAL

2.9.1 Conduta no primeiro atendimento PEPsexual

De acordo com a recomendação estabelecida pelo MS o atendimento da pessoa exposta deverá ser realizado logo após exposição. Considerando como prioridade o atendimento inicial, que consiste em realizar o acolhimento, aconselhamento, avaliação de como e quando ocorreu a exposição, investigação da condição sorológica da pessoa exposta e da fonte de infecção. O atendimento da pessoa exposta é considerado uma urgência médica, como prioridade nas intervenções para profilaxia da infecção de HIV, em função da conduta da administração da TARV quando recomendada (CDC, 2005; BRASIL, 2010a).

Publicado em 23 de Julho de 2015, o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP). Tem como objetivo atualizar as recomendações do Departamento de DST, AIDS, e Hepatites Virais (DDAHV), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS) quanto ao emprego de antirretrovirais para a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). Esta proposta de protocolo é uma atualização do texto apresentado na forma de um suplemento ao Manual de terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV publicado em 2010 (BRASIL, 2015c, p. 5).

Os serviços de atendimento para PEPsexual devem agendar retornos e acompanhamento clínico com indicação e avaliação dos exames laboratoriais nos períodos de 4 ou 6 semanas, 3 meses e 6 meses (BRASIL, 2010a).

As pessoas expostas se encontram receosas em infectar-se com o HIV, por desconhecimento ou ignorância, não dando importância ao fato de infectar-se com as demais doenças como HBV, HCV e sífilis. Com isto, é importante orientar a pessoa exposta, que durante o seu seguimento ambulatorial, também serão solicitados exames laboratoriais para o acompanhamento dessas doenças (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a). Os principais exames para seguimento neste período são: testes sorológicos para HIV, HVB, HCV e VDRL. Esses exames visam definir se ocorreu transmissão prévia dessas doenças (CDC, 2005b; BRASIL, 2010a; HIV-AIDS & URGÊNCIAS, 2014).

2.10 RECOMENDAÇÕES DA PEPSEXUAL SEGUNDO O TIPO DE EXPOSIÇÃO E A PARCERIA FONTE

Diante de uma exposição sexual consentida, no primeiro acolhimento é fundamental a avaliação e identificação das condições sorológicas para o HIV da pessoa exposta e inclusive da parceria sexual se encontrar presente no serviço de atendimento. Realizar preferencialmente o TR para o HIV, visando conhecer sua condição prévia à exposição, para decidir a introdução ou não de ARV (CDC 2005; BRASIL, 2010a).

Segundo Brasil (2010a) a prescrição da QP deve ser feita pelo médico, que avaliará transmissão de acordo com o tipo de exposição sexual da pessoa exposta, analisando principalmente a hierarquia de risco como a penetração anal ou vaginal receptiva, anal ou vaginal insertiva e oral receptiva. Ainda, o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento e a condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte.

Dessa forma, a conduta específica relacionada ao risco de aquisição do HIV deve avaliar: se a pessoa exposta tem sorologia para o HIV não reagente; os profissionais de saúde devem orientá-la que esse resultado sorológico negativo não previne a aquisição do vírus em futuras exposições e reforçar as formas de prevenção (BRASIL, 2010a).

Nos casos de uma fonte desconhecida da parceria sexual ou em circunstâncias que não tem disponível no serviço de atendimento o TR, considera sempre o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV. Nessas situações, realiza-se o teste convencional da pessoa exposta e considera a parceria sexual como sorologia desconhecida e inicia imediatamente a PEP e o seguimento clínico laboratorial (BRASIL, 2010a).

Nas exposições sexuais quando a pessoa exposta é soronegativa e sua parceria HIV positiva e teve contato com fluidos genitais ou relação sexual sem proteção, deve indicar ao indivíduo exposto o mesmo esquema de ARV utilizado pela parceria HIV positiva. Preferencialmente, nas primeiras duas horas e no serviço que a parceria fonte faz o seguimento. Para o encerramento da PEPsexual, é importante, na concretização da alta, ter o resultado VDRL após três meses, a testagem para HIV e os marcadores para HCV, HVB após seis meses.

2.10.1 Circunstâncias em que não se recomenda a PEPsexual

O MS estabelece para os casos de relações sexuais consideradas de baixa transmissibilidade o seguinte:

Em relação ao sexo oral receptivo, não existe comprovação definitiva de seu risco, havendo, entretanto, plausibilidade biológica de transmissão. O sexo oral insertivo, por sua vez, não é considerado exposição de risco que define a necessidade de instituir a PEP. Em relações sexuais com baixo risco de transmissão, a profilaxia ARV não deve ser indicada quando a parceria sexual da pessoa exposta pertencer à população geral (BRASIL, 2010a p.60).

A PEPsexual não está recomendada quando a pessoa exposta é soropositiva para o HIV, parceria com resultado de anti-HIV não reagente, relações sexuais sem penetração, assim como a masturbação mútua e sexo oral sem ejaculação na cavidade oral. Em situações que envolvem relações sexuais sucessivas que não usou o preservativo, deverá encaminhar a pessoa para seguimento no CTA (CDC 2005b; BRASIL, 2010a).

O quadro 1 apresenta a indicação da quimioprofilaxia segundo o tipo de exposição por hierarquia de risco e da prevalência do HIV na população. O

quadro 2 demonstra o tipo de exposição sexual e o risco de transmissão que o indivíduo tem após se envolver em contato com uma pessoa soropositiva para o HIV.

Quadro 1- Indicação da (QP) segundo tipo de exposição e parceria*

Maior risco			Menor Risco			
TIPO DE EXPOSIÇÃO			ANAL RECEPTIVA	ANAL OU VAGINAL INSERTIVA	VAGINAL RECEPTIVA	ORAL RECEPTIVA COM EJACULAÇÃO
STATUS SOROLÓGICO DO PARCEIROS						
Parceiro	sabidamente	HIV positivo	Recomendar	Recomendar	Recomendar	Considerar
Parceiro	de sorologia desconhecida e de população de alta prevalência		Recomendar	Considerar	Considerar	Considerar
Parceiro	de sorologia desconhecida e população de baixa prevalência		Considerar	Não recomendar	Não recomendar	Não recomendar

Fonte: * Adaptado de: FISHER, M et al. UK Guideline for the use of post – exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure *Internationa Journalof SDT & AIDS*, [S.l],v. 17,p.81 – 92, 2006. MS (2010a).

Quadro 2- Tipo de exposição sexual e risco transmissão após contato com pessoa soropositiva para o HIV

Tipo de exposição sexual	Risco de transmissão/exposição %
Penetração anal receptiva	0,1 – 3,0
Penetração vaginal receptiva	0,1 – 0,2
Penetração vaginal insertiva	0,03 – 0,09
Penetração anal insertiva	0,06
Sexo oral receptivo	0 – 0,04

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção, p. 60, outubro 2010a.

- Penetração anal receptiva: pessoa exposta penetrada por parceiro soropositivo em relação sexual anal.
- Penetração vaginal receptiva: mulher exposta penetrada por parceiro soropositivo em relação sexual vaginal
- Penetração vaginal insertiva: homem exposto penetrando mulher soropositiva em relação sexual vaginal.
- Penetração anal insertiva: homem exposto penetrando pessoa soropositiva em relação sexual anal (BRASIL, 2010a, p.60)

2.10.2 Prescrição da PEPsexual e adesão

A PEPsexual é a prescrição composta por três medicamentos de ARV, usados durante 28 dias, sem interrupção. As drogas básicas para profilaxia consistem na indicação da: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF) ou AZT, 3TC, e Lopinavir/Ritonavir (LPV/r). A AZT é a principal droga de escolha considerada como o único ARV capaz de reduzir em até 85% o risco de transmissão do HIV, associada à 3TC apresenta menor risco de acontecer efeitos adversos (CDC 2005; BRASIL, 2010a).

Depois da instituição do novo protocolo que atualizou as recomendações do esquema para PEP a AZT não é mais a droga de primeira escolha e também houve mudança de LPV/r com preferência da droga Atazanavir/Ritonavir (ATV/r), pois é dose única diária, o que pode melhorar a adesão e eficácia. Sendo uma solução farmacêutica que associa duas drogas em um único comprimido. Atualmente, o esquema indicado é TDF, 3TC, ATV/r (BRASIL, 2015b).

Quando o atendimento inicial da pessoa exposta é realizado pela UPA e fornecida a quantidade suficiente de ARV. Essa pessoa é encaminhada o mais breve possível para o seguimento no CRE Central, onde será disponibilizada a quantidade de medicamentos ARV para o término do tratamento.

Outro aspecto que dever ser enfatizado é a assistência farmacêutica que é essencial para adesão ao tratamento do indivíduo, nortando quanto ao uso correto dos medicamentos, das possibilidades de interação medicamentosas, dos efeitos adversos que conseqüentemente pode induzir o indivíduo a interromper o esquema terapêutico indicado (BRASIL, 2008c; BRASIL, 2010a).

Os autores O'Donohue (2006) e Sperry (2009) citado por Scamardi et al. (2013) definem a adesão como a extensão com que o comportamento do indivíduo coincide com as orientações terapêuticas que lhe foram fornecidas. Os autores exemplificam que a adesão envolve comparecimento do paciente às consultas agendadas, ingerir os medicamentos conforme a prescrição médica, dose certa e frequência indicada, e em conseguir adaptar-se a novo estilo de viver.

A adesão é um processo continuado, de corresponsabilidade, entre o paciente e o profissional, atrelada à frequência nas consultas, realização de exames, em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição médica e à persistência com o cuidado em busca da saúde (TEIXEIRA, 2000; BRASIL, 2008a). A adesão não é um atributo das pessoas, é um processo, em que a pessoa não é aderente, mas está aderente, determinando consecutivo acompanhamento (BRASIL, 2007).

Para Santos e Seidl (2011), o abandono do tratamento trata-se de situação grave quando o paciente decide se afastar do serviço de saúde, descontinuando a busca da medicação e o seguimento clínico e laboratorial indicado. A interrupção do seguimento ambulatorial proposto pode levar a uma série de consequências, principalmente causar danos à saúde individual e de suas parcerias.

Existem apontamentos de que a falta de comprometimento com adesão, ao tratamento terapêutico e aos exames laboratoriais, acarreta a obstrução da consulta, contribuindo para engessamento da oferta de vagas para os usuários e resultando em prejuízos socioeconômicos para o sistema de saúde pública (COLOMBRINI, et. al., 2006).

Desta forma, cabe ao profissional de saúde orientar a pessoa exposta da importância do acompanhamento nos retornos ambulatorial, da realização de exames, da utilização dos medicamentos conforme a prescrição médica. Visando, esclarecer ao usuário que o não cumprimento dessas recomendações pode intervir no tratamento preconizado.

2.11 ACOMPANHAMENTO DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As IST são ocasionadas por vírus, bactérias, fungos e protozoários, sua transmissão se dá por contato sexual de um indivíduo a outro e de forma eventual, pelo sangue, por transmissão de mãe para o filho durante a gestação, no parto ou aleitamento materno. Essas infecções podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e doença inflamatória pélvica. É importante ressaltar que algumas IST têm altas

taxas de incidência e prevalência, proporcionam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do HIV (BRASIL, 2015b).

No caso de exposição sexual consentida faz parte do protocolo da PEPsexual a investigação para sífilis, HBV e HCV e tratar a ocorrência de outras infecções. Essas infecções são evitáveis com ações de prevenção com uso consistente de preservativos e quando não diagnosticadas ou não tratadas podem complicar e evoluir para o óbito, o tratamento é oferecido pelo SUS (BRASIL, 2001).

Para o atendimento da PEPsexual deve-se estimular a pessoa exposta ao cuidado de sua saúde sexual para prevenir as IST, pois o mesmo quando diagnosticado e tratado em tempo evita possíveis complicações (BRASIL, 2010a).

Entretanto, muitas pessoas com IST não procuram tratamento porque a maioria não percebe ou não apresentam os sinais e sintomas. Além disso, muitas pessoas por sentirem vergonha fazem o tratamento por conta própria, ou procuram o tratamento em farmácias. Mesmo nos serviços de saúde muitas vezes não são diagnosticadas ou tratadas corretamente. Mediante essa situação somente uma pequena proporção de indivíduos com IST pode chegar a cura e evitar a reinfecção (BRASIL, 2015b).

Brasil (2015b) refere que, as infecções assintomáticas afetam especialmente jovens e população chave sem acesso aos serviços de saúde, também se destaca a importância de atenção as gestantes, com o objetivo de eliminar a transmissão vertical de HIV e sífilis. Assim, é imprescindível tratar todos os indivíduos infectados, avaliar as repetições de IST, especialmente avaliar e tratar a parceria sexual ou parcerias visando interromper a cadeia de transmissão. Enfatiza-se, a importância do diagnóstico precoce das IST e o tratamento imediato, com aproveitamento de oportunidade para realização de ações de informação de prevenção, educação em saúde individual e coletiva (BRASIL, 2010a, 2015b).

2.11.1 Sífilis, transmissão, diagnóstico e evolução

As IST são consideradas na atualidade um dos principais facilitadores da transmissão do HIV, principalmente, aquelas que apresentam úlcera como a

sífilis. Esta úlcera constitui-se porta de entrada para a infecção do HIV (BRASIL, 2001). No atendimento da pessoa com exposição sexual consentida e ocasional, é primordial o diagnóstico e orientações sobre a relação das IST com o HIV/aids. A pessoa que apresentou alguma IST significa que não está usando o preservativo e, assim, está se expondo ao HIV (BRASIL, 2005a).

A sífilis é uma doença bacteriana sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que ocorre através das relações sexuais sem preservativos com parceria sexual infectada, através de transfusão de sangue contaminado que atualmente é raro por conta do controle nos bancos de sangue e durante a gestação e o parto da mãe infectada para a criança (NORONHA et al., 2006).

O período de incubação é de 21 a 30 dias após o contato, porém pode variar de 10 a 90 dias (NORONHA et al., 2006). Percorre por um período de latência, pelo acometimento sistêmico disseminado e desenvolvimento para complicações graves, principalmente os indivíduos que não foram tratados ou houve um tratamento inadequado. Os profissionais de saúde precisam atentar para o aparecimento de lesões sífilíticas na boca na prática de sexo oral sem proteção. O tratamento mais eficaz é com a penicilina benzatina injetável (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006) disponível, no SUS.

O diagnóstico da sífilis é baseado na história clínica e sexual, exame físico e exames laboratoriais. Os exames sorológicos utilizados para o diagnóstico como triagem são os não treponêmicos (VDRL) ou Reagina plasmática rápida (RPR), e para confirmar o teste treponêmico (TPHA, FTA-abs ou ELISA) (SÃO PAULO, 2011b).

Os casos assintomáticos da sífilis e os títulos baixos de (VDRL) ou (RPR), precisam de uma avaliação criteriosa e investigar se a pessoa já fez tratamento para essa doença ou não e os títulos de testes não treponêmicos $\geq 1/32$ indicam doença ativa (SÃO PAULO, 2011b). Conforme consta no Manual para o manejo das DST em PVHA a doença pode se manifestar em três estágios: primária, secundária e terciária (SÃO PAULO, 2011b).

A Sífilis primária ocorre logo após a infecção com surgimento de uma lesão única que é indolor, apresenta-se em formato de úlcera abastada em treponema. Essa úlcera ocorre no local de entrada da bactéria que pode ser no pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou em outros locais e desaparece

espontaneamente sem tratamento, também é conhecida como cancro duro. O contato com esta lesão é o responsável por 95% da transmissão da sífilis. No homem habitualmente é localizada no sulco balanoprepucial, prepúcio e meato uretral e na mulher surge nos pequenos lábios (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SÃO PAULO, 2011b; BRASIL, 2015b)

Posteriormente, ocorre à sífilis secundária que apresenta um período de latência e pode permanecer de seis a oito semanas, a seguir a doença entrará novamente em atividade. Apresenta-se com febre baixa, adenopatia, cefaleia, mal-estar e rash cutâneo, exantema máculo-papular característico da sífilis que surge apenas nas palmas das mãos e plantas dos pés, e a presença de placas nas mucosas da boca, condilomas planos perianais e alopecia em clareira que desaparecem espontaneamente (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SÃO PAULO, 2011b, BRASIL, 2015b).

Entretanto, quando a sífilis não é tratada pode ocorrer complicação grave como a sífilis terciária que pode ficar estacionada entre 2 a 40 anos, depois do princípio da infecção. Acontece em 30% das infecções não tratadas, pode ter acometimento cardiovascular como o aneurisma, estenose de coronárias ou refluxo aórtico e neurológico com o surgimento de meningite sintomática ou assintomática; neurosífilis parenquimatosa e outros. Verifica-se a formação de gomas sífilíticas na pele, ossos, mucosas ou qualquer tecido (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SÃO PAULO, 2011b, BRASIL, 2015b). Nas mulheres, é importante garantir o tratamento da sífilis principalmente durante a gestação (BRASIL, 2010a, HIV-AIDS & URGÊNCIAS, 2014).

2.11.2 Epidemiologia, transmissão, diagnóstico e evolução da Hepatite B

A Hepatite B é uma doença infecciosa viral, de transmissão parenteral e a maior concentração do HBV encontra-se no sangue, no leite materno, no sêmen e secreções vaginais e por este motivo é considerada uma IST pela sua transmissão por via sexual. As infecções causadas pelo HBV podem ocasionar uma infecção assintomática ou sintomática (CDC 2001; BRASIL, 2005b; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011, BRASIL, 2015b).

O risco de infecção pelo HBV está relacionado principalmente, ao grau de viremia da parceria fonte (BRASIL, 2010a). O HVB mesmo fora do organismo humano continua infectando durante longo período de tempo, como exemplo disso, quando presente em uma gota de sangue, seringa ou agulha contendo material biológico. Por este motivo, estudos sugerem a possibilidade de transmissão do vírus por compartilhamento de instrumentos manicures, tatuadores, agulhas de acupuntura, as perfurações de *piercings*, lâminas de barbear ou de depilar e outros objetos como canudo de cocaína, cachimbo de crack e escova de dente (BRASIL, 2011b; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no mundo, existem cerca de 325 milhões de portadores do vírus da hepatite B e no Brasil estima que cerca de 2 bilhões de pessoas já tiveram contato este vírus. A distribuição das HV é universal, mas há diferença regional na prevalência de cada hepatite. A maioria dos indivíduos desconhece ser portador da infecção o que facilita a transmissão dessa doença. Cerca de 25% dos adultos que adquirem a doença na infância, morrem de câncer ou cirrose (WHO, 2008; BRASIL, 2008b; WHO, 2010; SILVA, 2013).

No município de Ribeirão Preto foram notificados em média 440 casos de Hepatites Virais B e C por ano, no período entre 2007 a 2009 e foram registrados 201 óbitos de HV entre 2000 a 2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014; CODERP, 2014).

O diagnóstico é feito através da testagem sorológica e cerca de 30% apresentam a forma ictérica da doença. A janela imunológica do HBV é entre 30 e 60 dias para ser detectado o marcador na testagem. A oferta dos exames sorológicos para HBV nos serviços de saúde constitui a principal estratégia para detecção precoce da doença. (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2008b)

Por isso, quanto antes for diagnosticado a infecção, maior é a chance de sucesso no tratamento terapêutico, se este for indicado. O objetivo principal do tratamento é evitar a progressão hepática e as possibilidades de complicações das formas agudas e crônicas, como o câncer e a cirrose, e consequentemente o óbito (BRASIL, 2011b).

Quando as pessoas adultas se infectam, em 90 a 95% ocorrem a cura espontaneamente, sendo que as demais continuam com o vírus por mais de seis meses. Esses indivíduos estão sujeitos para as formas avançadas e crônicas da infecção, e são principal o reservatório viral de transmissão da doença à outras pessoas (BRASIL, 2005b).

Os casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática como cirrose e carcinoma hepatocelular entre um período de tempo de cerca de 10 a 30 anos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011b).

As principais condutas recomendadas pelo MS, para exposição sexual ao vírus HBV, é a avaliação da situação vacinal da Hepatite B e a indicação de QP com imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) quando necessário. A IGHAB está disponível CRIE e as vacinas contra hepatite B nos serviços públicos do SUS, onde são distribuídas gratuitamente para toda população brasileira, pelo Programa Nacional de Imunização. As parcerias sexuais de casos agudos de hepatite B que não foram vacinados contra o HBV são indicadas três doses da vacina contra hepatite B e IGHAB (CDC, 2001; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008b).

O CDC (2001), indica a vacinação contra hepatite B para toda pessoa pós-exposição sexual ao HBV que não foi vacinada visando prevenir o risco de infecção. A resposta da vacina contra hepatite B é altamente protetora contra a infecção do HBV em crianças e adolescentes com proteção em 95%, e mais de 90% nos adultos (MORAES et al., 2010).

O MS (Brasil, 2010b) recomenda que quando a parceria fonte é desconhecida é importante ter conhecimento do tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HBV. A pessoa exposta deve ser orientada quanto à necessidade de acompanhamento clínico, realização dos exames laboratoriais, das medidas pós-exposição, através da avaliação da situação vacinal, especialmente contra hepatite B. Quando a parceria fonte é conhecida o profissional deve avaliar a história de infecção pelo HVB, através do marcador sorológico Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg) reagente que significa infecção aguda ou crônica, reforçando as medidas de QP e acompanhamento da pessoa exposta suscetível ao VHB (BRASIL, 2010a).

O Brasil tem uma produção suficiente de vacina contra hepatite B disponível para atender a população. Mesmo assim, é expressivo o número de pessoas que se infectaram com o vírus antes de ser imunizados (BRASIL, 2011).

2.11.3 Epidemiologia, transmissão, diagnóstico e evolução da Hepatite C

A Hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente por via parenteral, especialmente com o contato com o sangue, as pessoas que foram submetidas à transfusão de sangue e hemoderivados, antes de 1993, exposição percutânea como acupuntura e tratamentos de saúde como os procedimentos cirúrgicos, hemodiálise ou odontológicos apresenta maior risco para esta infecção (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010a).

A transmissão por via sexual do HCV é possível, mas pouco frequente, podendo acontecer, principalmente, em indivíduos com múltiplos parceiros, com prática sexual de riscos e desprotegidas, sendo que em casais com relacionamento fixo a transmissão é em torno de 3%. A coexistência de outras IST, inclusive, o HIV com CV alta, em relações desprotegidas constitui-se um facilitador desta transmissão (BRASIL, 2005b, Brasil, 2015b).

Os indivíduos infectados em média 80% não conseguem extinguir o vírus, evoluindo para cirrose e hepatopatia grave. Desses indivíduos infectados em média 40% não consegue identificar a forma que ocorreu a infecção. A evolução da infecção do HCV pode cursar em até 20 anos, e progredir, sobretudo quando associada à co-infecção HBV e ou HIV e ingestão de álcool (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011b).

Em casos de pessoas infectadas é necessário orientá-las quanto às formas de prevenir a transmissão do HCV entre as pessoas que compartilham a mesma residência, especialmente para não utilizar os mesmos utensílios e objetos de higiene infectados com sangue como escova de dente e barbeadores (BRASIL, 2008b).

O diagnóstico do HCV é realizado através de exames sorológicos pela detecção do marcador anti-HCV, o qual sugere se foi contato prévio com o vírus e também por técnica de biologia molecular que indica se o contato foi recente ou tardio. O intervalo entre a exposição ao HCV e o início dos sinais e sintomas da

doença variam de 15 a 150 dias (BRASIL, 2005b, BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010a).

Dos casos de hepatite crônica uma parcela necessitará de tratamento, cuja indicação dependerá das condições da função hepática, do grau de fibrose do fígado e da CV e outros fatores associados como a co-infecção do HIV. O tratamento da HCV é demorado, realizando-se intervenção terapêutica com imunoestimulantes (interferon) e antivirais. O objetivo do tratamento é a eliminação do vírus, de modo a diminuir a evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular e a redução da transmissão viral (BRASIL, 2008b).

De acordo com o CDC (2001) não tem PEP para prevenir a infecção pelo HCV. Neste contexto, não existe QP com ARV para reduzir o risco de transmissão desse vírus e até o momento não há vacinas ou imunoglobulinas contra hepatite C. Assim, medidas de prevenção devem ser informadas aos indivíduos que buscam a PEPsexual de forma a esclarecer as formas de transmissão do HCV, visando reduzir a disseminação das HV (BRASIL, 2008b).

Recomenda-se fazer a avaliação epidemiológica, solicitar marcador sorológico para HCV da parceria fonte conhecida. Quando o resultado sorológico desse marcador for reagente indica infecção crônica pelo HCV, confirmando a presença da infecção por meio da realização do HVC-RNA qualitativo. Quando a parceria fonte for desconhecida, precisa orientar a pessoa exposta do acompanhamento clínico e coleta de exames laboratorial e avaliar o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HCV. (BRASIL, 2010a).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico de caráter retrospectivo com corte transversal e abordagem quantitativa. Utilizou-se a pesquisa bibliográfica, para o desenvolvimento do escopo teórico do estudo, bem como a documental efetuada a partir de dados extraídos do formulário de atendimento pós-exposição sexual, utilizado em todos os acolhimentos às pessoas que se expuseram sexualmente através de relação eventual e buscaram atendimento de saúde no CRE Central de Ribeirão Preto.

O estudo retrospectivo é desenhado para explorar fatos do passado podendo ser delineado a partir de um ponto e conduzir a pesquisa até o momento presente pela análise documental (LAKATOS; MARCONI, 1991).

Os autores Rampazzo (2005) e Gil (2010) apontam a pesquisa como uma forma de responder aos problemas que são propostos, voltada para a solução de problemas, por meio dos processos de métodos científicos.

Para Barros (2007), na pesquisa descritiva não há interferência do pesquisador, ele descreve o objeto de pesquisa, procura descobrir a frequência que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos. A pesquisa descritiva engloba dois tipos: a pesquisa “documental” e ou “bibliográfica” que são utilizadas para realização de revisão da literatura.

De acordo com Gil (2010, p. 27), as pesquisas descritivas, têm por “objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde físico e mental, etc.”

Para a pesquisa bibliográfica deste estudo, utilizou-se a estratégia de busca com consultas nas bases de dados *Online-Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)* - Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. Evidentemente, também foram utilizados livros, artigos e textos para identificar materiais importantes, adquiridos por meio de busca manual.

Foram selecionados os artigos e materiais relevantes para pesquisa que tinham como desfecho o HIV/aids, além de outros materiais sobre PEP, priorizando o foco do objetivo.

Em conformidade com Rampazzo; Gil (2010), a pesquisa documental como qualquer outro tipo de pesquisa, inicia-se com a formulação do problema e, geralmente é descritiva ou explicativa, requerendo, portanto, uns problemas mais claros, precisos e específicos. Nesse tipo de pesquisa usam-se dados como: documentos institucionais, mantidos em arquivos de empresas, órgãos públicos e outras.

Neste estudo em questão, utilizaram-se os documentos representados por formulários já existentes, com dados de usuários atendidos no CRE Central de Ribeirão Preto.

Segundo Diehl (2004) a escolha do método se dá pela natureza do problema a ser aprofundado. A pesquisa quantitativa utiliza-se da coleta e do tratamento das informações, empregando técnicas estatísticas, com a finalidade de obter resultados com pequenas chances de distorções de análise e interpretação, permitindo uma melhor margem de segurança. Para Richardson (1989), esse método tem o diferencial de garantir a exatidão dos trabalhos realizados e os dados são analisados com apoio da estatística ou outras técnicas matemáticas.

Para Minayo (1993, 2001), a pesquisa quantitativa tem como objetivo trazer à tona dados, indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para grande quantidade de dados, que podem ser analisados através de variáveis. Ainda, aprofunda-se no mundo dos significados de modo a explicar uma realidade que não pode ser capturada por dados quantitativos.

Os métodos quantitativos admitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, extraordinárias para se conhecer um fato (CODATO; NAKAMA, 2006) como se espera nesta pesquisa.

O uso da metodologia quantitativa, no presente estudo, foi para verificar o número de pacientes por sexo, faixa etária, nível de escolaridade, tipo de exposição, o motivo da procura, dados da parceria fonte, exames da parceria

fonte, uso da quimioprofilaxia, exames da pessoa exposta, seguimento ambulatorial e laboratorial correlacionado com adesão e se houve abandono

Para os autores Klein e Bloch (2006), o estudo transversal é o método mais apropriado para descrever as características de uma população em determinada época, determinando em fonte imprescindível para o planejamento e supervisão de ações voltadas para prevenção e tratamento, como em nível individual e no coletivo. Dessa forma, sua utilização permitiu delimitar o tempo a ser pesquisado e descrever o perfil das pessoas que buscam a PEPsexual no CRE Central.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo realizou-se no Centro de Referência Enfermeira Maria da Conceição Silva, cujo nome fantasia é Centro de Referência em Especialidades Central, conhecido popularmente como Centro de Referência Central, localizado no município de Ribeirão Preto.

A atenção à saúde neste município tem por objetivo ordenar e tornar o sistema eficiente e acessível a todos. Assim, seus territórios foram divididos e organizados em cinco distritos sanitários de saúde possibilitando, uma melhor oferta de serviços em prol da população. Ainda, está descentralizada de modo que o cidadão dispõe do tratamento de forma integral, num processo contínuo, como descrito no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2014b, p.34):

Dessa forma, o trabalho em rede se concretiza de maneira interdisciplinar e intersetorial, alçando um dever de responsabilização, resolubilidade e humanismo. Ressalta-se a importância da parceria nos Distritos de Saúde com as Instituições de Ensino Superior sediadas no município para a formação de estudantes no SUS e qualificação profissional dos trabalhadores da rede municipal de atenção à saúde.

O CRE Central é uma unidade de referência para assistência a pessoas vivendo com HIV/aids e Hepatites Virais, sendo um dos serviços especializados ligados ao Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais, inaugurado em 2011. Construído em uma área estratégica, situado no centro da cidade, sua

localização permite condições adequadas de acessibilidade física e funcional ao serviço.

A unidade contempla ampla infraestrutura, e não possui barreiras que dificultam a circulação interna. Conta com 2.300 metros quadrados de área construída que comportam mais de 30 salas divididas em consultórios, salas de assistência, salas para serviço de endoscopia, vacina, esterilização, expurgo, almoxarifado, recepção, auditório com capacidade para 100 pessoas e sala de reuniões, copa, cozinha, lavanderia e dois estacionamentos.

Em relação à mobilidade, o serviço é de fácil acesso por transporte coletivo, atende à demanda de todo o município e região e representa um grande avanço no modelo de saúde e atenção municipal. Tem por objetivo atender com qualidade, facilitar e garantir acesso aos usuários, possibilitar a realização de ações de acolhimento, identificação precoce e redução da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Tem como missão melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas, promovendo o acesso a procedimentos diagnósticos, recuperação e adesão ao tratamento; reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos negativos que envolvem as DST/HIV/aids através de políticas públicas pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Esta unidade é referência para assistência secundária às pessoas vivendo com DST, HIV, aids, Hepatites Virais, tuberculose, hanseníase, leishmaniose, acidente ocupacional com materiais biológicos, PEPsexual, infecções congênitas, e preenchimento facial para lipodistrofia. O serviço conta com outras especialidades como: Urologia, Gastrologia, Proctologia, Endoscopia, Odontologia básica e especializada na saúde bucal das pessoas vivendo com HIV/aids. As consultas são agendadas em horário marcado no sistema informatizado Hygia, procurando atender a disponibilidade do serviço e dos usuários.

O CRE Central presta assistência a uma demanda espontânea com oferecimento de aconselhamento e testagem sorológicos para HIV, VDRL e Hepatites B e C, assim como o teste rápido para HIV no Centro de testagem a

aconselhamento em DST/AIDS e Hepatites Virais, sendo realizado por uma equipe de enfermeiros capacitados.

Os usuários são orientados em relação aos horários de atendimento do seu médico responsável e, de acordo com a necessidade e intercorrências clínicas, término de medicamentos, falta em consultas anteriores, convocação pelo serviço, solicitação de atestados (INSS, PIS) entre outros, procurar o serviço nos horários correspondentes.

Além disso, conta com o grupo de adesão destinado às pessoas vivendo com o HIV/aids, grupo para a confecção de bijuterias e, um dentista na sala de espera para orientações de saúde bucal. Conta, ainda, com serviço de assistência farmacêutica, serviço social, além de desenvolver atividades de assistência domiciliar terapêutica e de tratamento supervisionado para pacientes com tuberculose.

O acompanhamento clínico-terapêutico dos casos de HIV/aids diagnosticados é realizado por equipe multi e interdisciplinar composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos infectologistas, dermatologista, hepatologista, ginecologista, farmacêuticos, psicólogo, auxiliar de farmácia, assistente social, agentes administrativos, cirurgiões dentistas, agentes odontológicos e vigilantes que são servidores públicos da Secretária Municipal da Saúde. É neste serviço que são atendidos os usuários em seguimento pela PEP sexual.

Desta forma, ao se considerarem os riscos das pessoas expostas em adquirir o HIV, através de uma relação sexual consentida ou eventual, foi estabelecido um fluxo para atendimento que envolve a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e CRE Central.

O atendimento realiza-se de segunda à sexta-feira, das 7:00 as 16:00 horas; no horário noturno, sábados, domingos e feriados, o acolhimento ocorre na UPA (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).Nesses períodos onde atendimento a esses usuários é realizado na UPA, são encaminhados ao CRE Central no primeiro dia útil, para seguimento do caso. O fluxograma para atendimento aos usuários com exposição sexual está disponível no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em anexo. (ANEXO III).

3.3 POPULAÇÃO

A população de estudo foi composta por pessoas de ambos os sexos, que procuraram atendimento pós-exposição sexual consentida e eventual, atendidas na UPA e Centro de Referência Central de Ribeirão Preto, no período entre um de Janeiro a 31 de Dezembro de 2013. Este período foi escolhido pelo pesquisador devido a implantação da base de dados e a introdução do protocolo da PEPsexual, nesta unidade.

Neste estudo revisaram-se os 99 formulários de atendimentos realizados com usuários que procuraram o serviço pós-exposição sexual. A constituição da amostragem dessa população foi relativa a 91 formulários, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão delimitados, sendo este o universo da pesquisa.

3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Incluíram-se todos os formulários de usuários atendidos no CRE Central, no período supra citado, que procuraram este serviço pós-exposição sexual.

Destes formulários excluíram-se aqueles que não estavam relacionados com a pesquisa tais como: usuários que procuraram a PEPsexual após 72 horas, pessoas que tiveram a segunda ou mais exposição sexual no período estudado, contatos sexuais sem penetração, vítimas de violência sexual, acidentes com exposição a material biológico, indivíduos que recusaram o tratamento e os casos que foram transferidos para outros serviços.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Cabe ao médico fazer a prescrição da PEPsexual no formulário de atendimento, realizar o acompanhamento clínico e laboratorial dos usuários com exposição sexual, de acordo com as recomendações do MS.

Os dados foram coletados no próprio local de trabalho do pesquisador, no CRE Central, por meio de informações contidas no Formulário de Atendimento Pós Exposição – Sexual, onde é registrado a assistência de enfermagem e aconselhamento (anexo IV).

A captura de informações referentes ao perfil dos usuários e ao levantamento das variáveis que se associam aos objetivos do estudo, foi assim, possível de ser realizada.

Esses formulários, que se encontram arquivados no CRE Central, são utilizados na rotina de atendimento para acolhimento dos usuários sendo preenchido pelo médico infectologista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, no acolhimento da pessoa exposta no atendimento inicial e durante o percurso do seguimento ambulatorial.

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado instrumento estruturado, elaborado pela autora (APÊNDICE II) com o objetivo de sistematizar a busca e a organização dos dados extraídos dos formulários que incluíram variáveis relativas ao usuário, informações que se associavam à proposta do estudo. Para a análise descritiva e quantitativa dos dados foram consideradas as seguintes variáveis:

Variáveis demográficas:

- Sexo classificado como: Masculino e Feminino
- Faixa etária: obtido através da data do nascimento e considerado em faixa etária
- Nível de escolaridade: Foram considerados os cursos encontrados no formulário de exposição sexual:
 - Ensino fundamental,
 - Ensino médio completo
 - Ensino médio incompleto,
 - Estudante ensino superior,
 - Superior completo
 - Superior incompleto,
 - Ignorado quando não constava esta informação no formulário pós-exposição sexual.

- Estado civil: Considerou-se o estado civil informado pela pessoa exposta encontrado no formulário
 - Solteiro
 - Casado
 - União estável
 - Divorciado
 - Viúvo
 - Ignorado

Variáveis relacionadas ao motivo da procura por PEPsexual na categoria de exposição sexual considerando o preservativo: em situações que ocorrer falha, rompimento ou não uso do preservativo durante a relação sexual. Essa variável será classificada:

- Sim usou
- Não usou
- Sim e rompeu
- Sim e saiu

Tipo de exposição sexual: Foram consideradas para análise, a exposição com maior risco de infecção por HIV. Considerando-se que em uma relação sexual pode ocorrer vários tipos de práticas que conferem riscos de exposições diferentes.

- Penetração anal receptiva
- Penetração vaginal receptiva
- Penetração vaginal insertiva
- Penetração anal insertiva,
- Sexo oral receptivo

Variáveis relacionadas à parceria da pessoa exposta: Considerou-se a parceria fonte da pessoa exposta que consta no formulário.

- População em geral
- Desconhecida
- Homossexual
- Profissionais do sexo
- Travesti

Exames da parceria fonte foram considerados os seguintes resultados:

- HIV reagente
- HIV não reagente
- Não realizado

Variáveis relacionada a indicação da quimioprofilaxia

- Usou durante os 28 dias
- Ignorado (sem informação)

Variáveis relacionadas ao seguimento laboratorial da pessoa exposta: Foram considerados os exames realizados durante o período de acompanhamento.

- Na exposição
- Quatro - seis semanas
- Três meses
- Seis meses

Variáveis relacionadas ao seguimento ambulatorial, laboratorial e uso de ARV foram considerados:

- a) Adesão ao acompanhamento clínico, laboratorial e tratamento com ARV: considerou-se adesão o comparecimento ao acompanhamento clínico e laboratorial de quatro-seis semanas, três meses, seis meses de acordo com os agendamentos até a alta médica no CRE Central e a utilização dos (ARV) durante os 28 dias do usuário pós exposição sexual.
- b) Não adesão ao acompanhamento clínico laboratorial: considerou-se como não adesão qualquer falta ao acompanhamento clínico e laboratorial, independente do período de quatro-seis semanas, três meses, seis meses conforme o protocolo.
- c) Abandono ao acompanhamento clínico e laboratorial: considerou-se, neste estudo, quando não houve retorno ao acompanhamento clínico e laboratorial durante o período de seis meses de acompanhamento.

3.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados para este estudo foi realizada por meio de revisões dos Formulários de atendimento pós-exposição sexual ocorridos no período de um de janeiro a 31 de dezembro de 2013. A pesquisa dos formulários ocorreu apenas pela pesquisadora, em março de 2015. O período escolhido pelo pesquisador foi devido à implantação da base de dados logo após a introdução do protocolo da PEPsexual nesta unidade.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as variáveis do instrumento para coleta de dados foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel for Windows 2007, sendo realizada dupla digitação e validação.

Os dados foram exportados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.00 para realização da análise quantitativa dos dados. O método utilizado foi o estatístico, cuja representação, neste trabalho, encontra-se registrada por meio de tabelas e interpretadas à luz do escopo teórico estudado. Além disso, os dados foram prioritariamente avaliados de forma descritiva, para descrever o perfil da população que buscam a PEP sexual quanto às variáveis coletadas.

Para testar a associação entre as variáveis estudadas e a adesão foi utilizado o teste exato de Fisher e considerando-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$). O programa utilizado foi o R versão 3.1.2.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, respeitando os preceitos éticos e o rigor científico, foi preservada a confidencialidade no estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto e aprovado sob o número de 845.609 (Anexo II).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não se aplicou ao estudo, pois foram utilizados fontes/dados secundários, para levantar as informações necessárias à pesquisa, que se encontravam disponíveis no formulário de atendimento pós-exposição sexual, não envolvendo nenhum risco ao serviço e nem aos usuários, uma vez que manteve-se o sigilo sobre as informações colhidas, conforme consta na declaração da pesquisadora (Apêndice II).

Observaram-se os aspectos éticos e legais envolvidos nesse procedimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DAS PESSOAS QUE PROCURAM PELA PEPSEXUAL

As 91 pessoas atendidas no CRE Central distribuíram-se em 81 (89%) do sexo masculino e 10 (11%) sexo feminino, conforme apresentado na **Tabela 1**.

Neste estudo houve predomínio do sexo masculino, o que corrobora com os resultados obtidos por Estevam (2015) no Centro de Referência em Treinamento de DST/AIDS no município de São Paulo, onde se constatou a predominância do sexo masculino 88,7% semelhantemente aparece a baixa procura pela PEPsexual por mulheres 11,3%.

Outro estudo que foi desenvolvido no Leste da Austrália identificou que a grande maioria dos participantes eram do sexo masculino 95% (Poynten et al., 2007). O mesmo foi observado no Hospital de São Miguel, na cidade de Toronto no Canadá para identificar oportunidades de melhoria na prestação dos serviços aos casos de PEP onde 90,5% eram do sexo masculino e, revelaram uma baixa procura 8,7% pelo sexo feminino (CHAN et al., 2013).

Para Abdo et al. (2002) no estudo com mulheres brasileiras evidenciaram que 54,1% tem medo de infectar-se com as IST, em um relacionamento sexual. A respeito dessa questão, neste estudo podemos deduzir que a baixa procura por essa tecnologia de prevenção não sinaliza esse temor, confirmando uma mudança de comportamento no sexo feminino no cuidado com a sua saúde sexual.

Em outro estudo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), mostraram que o sexo masculino procura menos os atendimentos de saúde em comparação ao feminino e apontaram que os homens por se sentirem invulneráveis se expõem mais e acabam ficando vulneráveis. Descrevem, que a baixa busca por atendimento médico se dá ainda pelo embaraço de mostrar o seu corpo ao profissional de saúde. Diferentemente, do encontrado neste estudo, pode deduzir que os homens se preocupam muito mais quando se expõe sexualmente e buscam por um atendimento especializado.

Em relação à faixa etária, a maioria das pessoas que se expôs sexualmente e buscaram atendimento concentrava-se entre 20 a 29 anos, 46 (50,5%) e 30 a 39 anos 27 (29,7%). Verificou-se no período analisado que houve maior procura pela PEPsexual por jovens e adultos jovens em idade reprodutiva. Esses resultados foram parecidos aos encontrados no estudo de Macdougall (2014), a idade média das pessoas que procuram a PEP foi de 30 anos. Outros autores Poynten et al.(2007) Chan et al. (2013) mostraram, em seus estudos, que os sujeitos tinham uma idade média de 33 anos.

Os dados coletados quanto ao nível de escolaridade 38 (41,8%) tinham ensino médio completo. Observa-se que a minoria tinha o ensino fundamental completo ou médio incompleto 09 (9,9%). Para ambos os sexos há a semelhança em nível de escolaridade. O presente estudo permitiu identificar que entre os usuários do sexo feminino 5 (50%) tem nível superior e a grande maioria dessas mulheres cerca, de 7 (70%), apesar disso, não usaram o preservativo, confirmando a vulnerabilidade no sexo feminino.

Estevam (2015), identificou que as pessoas que procuraram pela PEPsexual possuía o ensino superior 43,4%, superior incompleto 21,8% e ensino médio completo 21,3%. Outros estudos descritos na literatura também identificaram um maior nível de escolaridade das pessoas buscam pela PEP, Kahn et al. (2001) aponta que 59%, tinham o curso universitário e Balbuena et al. (2013), 46% das pessoas tinham um diploma universitário, e apontam um alto nível de educação entre os HSH e descreveram que a cultura *gay* tem maior consciência da utilização da PEP e, por meio dos sites de informações tem conhecimento sobre esta tecnologia de prevenção.

Em relação ao estado civil, verifica-se que houve um predomínio da categoria de solteiros 60 (65,9%). Para efeito da análise considerou-se a união estáveis e casados que coabitavam com uma parceira sendo 18 pessoas representando (19,8%) da amostra, e divorciados, separados e viúvos eram a minoria. Observa-se maior frequência em busca da PEPsexual na categoria de solteiros, provavelmente porque se encontram em maior situação de vulnerabilidade. Nas literaturas pesquisadas, não houve subsídios em relação ao estado civil.

Tabela 01 - Distribuição das pessoas que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo variáveis demográficas. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	81	89
	Feminino	10	11
Idade	20 — 29	46	50,5
	30 — 39	27	29,7
	40 — 49	15	16,5
	> 50	3	3,3
Escolaridade	Ensino fundamental	5	5,5
	Ensino médio completo	38	41,8
	Ensino médio incompleto	4	4,4
	Ensino superior completo	26	28,6
	Ensino superior incompleto	10	11
	Ensino técnico completo	1	1,1
	Estudante do ensino superior	7	7,7
Estado Civil	Estável	4	4,4
	Casado	14	15,4
	Divorciado	4	4,4
	Separado	4	4,4
	Solteiro	60	65,9
	Viúvo	2	2,2
	Ignorado	3	3,3
	Total	91	100

Fonte: Autor

Na tabela 2, são apresentadas as variáveis relacionadas a orientação sexual, parceria da pessoa exposta, o tipo de exposição sexual, resultados de exames HIV da parceria fonte, intervalo transcorrido da exposição até a procura de atendimento médico e o motivo da procura de atendimento relacionado ao uso ou não do preservativo.

Tabela 02 - Distribuição das pessoas que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo variáveis comportamentais. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis	Categoria	N=91	100%
Orientação sexual	Heterossexual	62	68,1
	Homossexual	26	28,6
	Bissexual	1	1,1
	Ignorado	2	2,2
Tipo de exposição sexual	Anal insertiva	11	12,1
	Anal receptiva	14	15,4
	Oral insertiva	2	2,2
	Oral receptiva	6	6,6
	Vaginal receptiva	7	7,7
	Vaginal insertiva	50	54,9
	Não lembra	1	1,1
Motivo da procura	Não usou	42	46,2
	Preservativo rompeu	49	53,8
Parceria da pessoa exposta	Desconhecida	33	36,3
	Homossexual	25	27,5
	População geral	13	14,3
	Profissional do sexo	18	19,8
	Travesti	2	2,2
Resultado exames HIV parceria	Não reagente	10	11
	Reagente	6	6,6
	Não realizado	75	82,4
Intervalo de procura por atendimento	Até 2horas	11	12,1
	> 2 a 72 horas	80	87,9

Fonte: Autor

Referente à orientação sexual, verificou-se que, a maioria das pessoas 62 (68,1%) consta como heterossexuais. Desses apenas uma pessoa declarou ser bissexual e quanto ao tipo de parceria 33 (36,3%) das pessoas se envolveram sexualmente com pessoas desconhecidas e 25 (27,5%) referiram ter relação homossexual. Ressalta-se que dos formulários analisados não houve registro de mulheres homossexual e também não houve relato da procura por PEP desse

segmento nas literaturas pesquisadas. Esses dados são relevantes para conhecer o perfil da população que busca a PEP, porém, no formulário de atendimento de exposição sexual, não consta a informação referente à orientação sexual considerado pela pessoa, apresenta apenas o tipo de exposição sexual com a qual houve o envolvimento, além da população que pertence a parceria fonte: profissional do sexo, *gays* e outros HSH, população geral, usuários de drogas ou parceria fonte não identificada.

O termo orientação sexual é considerado o mais adequado para ser utilizado do que opção sexual ou preferência sexual, porque opção sugeriria que o indivíduo poderia escolher a sua maneira de desejar. Enquanto, a orientação sexual não é qualquer coisa que pode modificar. O desejo está relacionado aos sentimentos, afetividade e sexualidade. Assim, como o termo não está relacionado somente ao sexo, também é acertado usar orientação afetivo-sexual. Deste modo, heterossexual é a atração pelo gênero oposto; a homossexual, atração pelo mesmo gênero; bissexual, atração pelos dois gêneros (PARKER E BARBOSA, 1996; apud FERNANDES, 2013).

No presente estudo observou-se que não houve a procura desta tecnologia de prevenção por sujeitos pertencentes à população chave, exceto os do sexo masculino que tiveram relação homossexual. As pessoas de maneira geral têm receio em revelar a sua orientação sexual, como homossexual ou bissexual, pois receiam o enfrentamento da discriminação, do afastamento social e do preconceito que se expressa de forma mais sutil (FLEURY e TORRES, 2007; LIMA et al., 2014).

A categoria HSH vem sendo largamente empregada para mencionar homossexuais, bissexuais e outros homens que admitem tal prática, mas que podem sentir dificuldade em se definirem como homossexuais. Essa terminologia é aceita por ampla parte dos estudos de saúde coletiva, que se empenha para a compreensão da epidemia de aids nesse segmento populacional (BRIGNOL e DOURADO, 2011; LIMA et al., 2014).

Neste estudo, identificou-se a procura pela PEP, por participantes que referiram ser homossexuais/bissexual, foi de 27 (29,7%). Taxas que podem ser consideradas baixas quando comparadas com os de outros estudos realizados no Brasil e em outros países. Como exemplo temos que no CRTDST/AIDS

identificou-se 53,2% de pessoas que procuram o serviço pertencem à categoria de população de alta prevalência HSH, *gays* e homossexual (ESTEVAM, 2015).

Na pesquisa desenvolvida por Kahn et al. (2001), em San Francisco que avaliaram viabilidade do fornecimento da PEP para determinar as características dos indivíduos que procuram esta tecnologia de prevenção, mostraram que dos participantes após exposição sexual e UDI, 86% eram HSH. Descrevem que houve poucos indivíduos que relataram exposições UDI, revelando que isso pode refletir uma falta de interesse dentro deste grupo, pelo medo de divulgação de atividades ilícitas.

Neste estudo, observa-se a falta de procura pela PEPsexual pela população chave sendo um fato preocupante, pois, a prevalência do HIV nestas pessoas são maiores quando comparados com a população geral (BRASIL, 2014). O relatório UNAIDS (2014) aponta, ainda, uma maior prevalência de HIV na população chave, constituída de pessoas que injetam drogas, pois se estima que estas tenham 28 vezes mais possibilidades de contrair a doença do que o resto da população adulta, as PS cerca de 12 vezes, homens *gays* e outros HSH 19 vezes, e as mulheres transexuais 49 vezes.

Grangeiro et al. (2012) em estudo analisou a prevalência e o perfil de vulnerabilidade ao HIV, a não adoção de práticas sexuais seguras em moradores de rua, e constatou a incidência de jovens e mulheres que não usam o preservativo e com um perfil de maior vulnerabilidade, quando comparados com o da população geral. Identificou que em sujeitos com prática homossexual, um em cada dez tem o vírus HIV, e que o relato da prática homossexual 15,7% aconteceu com elevada frequência entre os moradores de rua em relação à população brasileira.

Quanto ao tipo de exposição, no presente estudo, muitos usuários declaram que tiveram vários tipos de exposições na mesma relação sexual, como sexo anal receptiva e insertiva, sexo vaginal e anal insertiva, sexo vaginal e anal receptiva e sexo oral receptiva, sexo oral insertiva ou receptiva. Considerou-se na análise a exposição com maior risco de infecção por HIV. Referente aos tipos de exposições sexuais ocorridas constatou-se que a maior prevalência 50 (54,9%) foram através de penetração vaginal insertiva, seguida de anal receptiva 14 (15,4%). Observou-se neste estudo que a exposição sexual por penetração anal

receptiva ocorreu somente com o sexo masculino. Esses tipos de exposições sexuais são considerados de maior risco, principalmente, quando envolve relação sexual com pessoas HIV positiva. Em estudo descrito na literatura por Kahn et al. (2001) encontrou em maior proporção a relação sexual anal 67%, ressaltando que na mesma pesquisa encontrou predominância de homossexualismo masculino.

Para Minas et al. (2012) o risco de transmissão do HIV é determinado pelo tipo de exposição como o sexo anal receptivo, o coito vaginal receptivo e principalmente o risco de a parceria fonte ser HIV positiva e pertencer à população de alta prevalência, como homens que tem relações sexuais com outros homens.

Maksud (2009) constatou que a penetração vaginal como prática mais realizada, mesmo entre os casais sorodiscordantes, também acontece, na maioria das vezes, sem o uso de preservativo. Embora o sexo anal, é uma parte de desejo por muitos homens e pouco apreciado pelas mulheres, ao contrario ocorre com o sexo oral que é desejado por ambos os sexos.

Cohen et al. (2013) relataram que alguns indivíduos que tem sexo anal insertiva desprotegido não considera essa prática de alto risco e por isso não procuram pela PEP após tais exposições.

Mcdougal et al. (2014) constataram em seu estudo que 39% praticaram sexo anal receptiva, cerca de 19% anal insertiva, 24% vaginal insertiva e 7% oral insertiva. Referiram que os médicos devem também considerar o perfil de risco de cada paciente e até mesmo exposições de baixo risco, como sexo oral, que podem apresentar maior risco de HIV em determinadas circunstâncias. De acordo com MS, o sexo oral insertivo, não é confirmado como exposição de risco com obrigação de indicação da PEPsexual (BRASIL, 2010a).

Na presente investigação, identificou-se o motivo de procura das pessoas após exposição sexual, 49 (53,8%) afirmaram que utilizaram o preservativo e houve rompimento, em seguida 42 (46,2%) declararam que não usaram.

Corroborando com o estudo apresentado Armishaw et al. (2011) identificaram que os preservativos não foram utilizados por 58% das exposições sexuais e que 49% dos parceiros foram anônimos, ou seja, desconhecidos.

Outra pesquisa aponta que os preservativos não foram utilizados em 65% e romperam ou foram usados incorretamente para os restantes 35% das exposições (KAHN et al. , 2001).

Berquó et al. (2008) ao analisar o uso do preservativo na população brasileira revelaram que a frequência média do uso consistente do preservativo foi de 21,0%, independente do tipo de parceria. Descreveram que o sexo masculino mencionou mais o uso consistente de preservativo, principalmente, nas relações com parcerias ocasionais do que as mulheres que apresentam dificuldade em negociar o sexo seguro. Os resultados mostraram a falta do uso consistente de preservativo, entre mulheres jovens e de menor escolaridade. Além disso, Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes, e Práticas (PCAP) na População Brasileira, aponta que a população entre 15 e 64 anos é sexualmente ativa e que 94% tem conhecimento de que o preservativo constitui a forma mais segura para prevenir a infecção por HIV. Mesmo assim, 45% dessa população sexualmente ativa não usou preservativo nas relações sexuais ocasionais (BRASIL 2011a; BRASIL, 2015).

Para Blashill et al. (2015) a maioria dos indivíduos que procuraram pela PEP, a exposição pode ser percebida como um evento único, porque o preservativo se rompeu. Destaca que alguns indivíduos que buscam pela PEP possam estar envolvidos em comportamentos que os colocam em risco contínuo, para a aquisição do HIV, e os médicos devem estar preparados para determinar se um usuário que procura pela PEP pode posteriormente se beneficiar da Pré-Exposição (PrEP) que é outra tecnologia de prevenção.

Estudos confirmaram que as rupturas dos preservativos podem ocorrer somente quando forem usados de forma inadequada. Dificilmente, ocorre uma falha do produto (ABIA, 2011). De acordo com o Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde, em média, cerca de 2% das camisinhas rompem ou deslizam do pênis durante o ato sexual (OMS, 2007). Pesquisas em laboratório identificaram que os preservativos têm uma barreira impermeável para células da dimensão de um espermatozóide e de patógenos que ocasionam as IST. Mostra que o preservativo pode diminuir a infecção do HIV em até 95% (ABIA, 2011; UNAIDS, 2015).

Segundo UNAIDS (2015), vários estudos foram realizados entre casais sorodiscordantes e revelou que o uso consistente do preservativo diminui expressivamente o risco de transmissão do HIV tanto do sexo masculino para o sexo feminino ou ao contrário. Existem apontamentos que as PVHA em tratamento e com acesso aos preservativos referem maior uso do preservativo em comparação aos que não estão sendo seguidos por um serviço de saúde. Também verificaram, em uma análise recente de modelos globais, que os preservativos evitaram cerca de 50 milhões de novas infecções pelo HIV desde o começo da epidemia.

Diante do exposto, os estudos apontam que a porcentagem de ruptura é praticamente insignificante. No entanto, neste estudo as maiorias das pessoas informaram o rompimento do preservativo. Tais resultados demonstram que, às vezes, falar que não foi usado o preservativo pode trazer mais culpa ao usuário. Isto revela que esse sujeito tem conhecimento da disponibilidade da PEP sexual e se houve falha na utilização do preservativo o mesmo ainda tem a possibilidade do uso de ARV. Além disso, mostra a dificuldade de utilização correta do preservativo. Outro dado importante, neste estudo que mais de 40% dos entrevistados apontaram a sua não utilização.

Neste estudo, encontrou-se semelhança na proporção do número de pessoas que informaram a não utilização do preservativo. Existem pessoas que não conseguem utilizar o preservativo e podem acabar se infectando tanto com o HIV como por outras IST e mesmo assim, não aderirem a esse método nas relações sexuais, por toda a sua vida.

A esse respeito, Madureira e Trentine (2008) interpretam que são comuns as resistências verbalizadas ou veladas quanto à utilização do preservativo tanto pelo sexo masculino como do feminino. Assim, consideram que o sexo masculino sente a necessidade de tornar-se visível às outras pessoas como heterossexual e, por este fato, não recusam relações sexuais imprevistas o que impede a adoção do uso de preservativos. Ainda, os homens apresentam o receio de serem confundidos como homossexuais.

Outro estudo também evidenciou que a maior parte das mulheres tem um menor nível de escolaridade e de renda, indicando que a sua vulnerabilidade ao HIV está agregada à diferença de domínio entre os gêneros, que aumenta a sua

impossibilidade de negociação com o parceiro com relação ao uso do preservativo (VILELA et al., 2012). A negociação do uso do preservativo está associada à preocupação básica dos indivíduos soronegativos não se infectar com o HIV e homens e mulheres referiram a preferência pela prática de sexo sem preservativo

Dos 91 usuários atendidos no CRE Central, 33 (36,3%) informaram que a parceria sexual era desconhecida, seguidos de 25 (27,5%) parceria homossexual e cerca de 18 (19,8%) com parceria profissional do sexo.

Diferentemente a este estudo Poynten et al. (2007) apontaram que a maioria dos participantes que receberam PEP identificou sua fonte como um homem homossexual 86%. Ressaltam, em seu estudo, 33% dos contatos relatados como anônimos e 44% foram ocasionais.

Chan et al. (2013) apresentaram que a parceria sexual era predominantemente HSH 76,8%, heterossexual 23,2%.

Quanto a realização de exames da parceria fonte, na presente investigação, permitiu identificar que as pessoas expostas a grande maioria não levaram as parcerias fonte ao serviço para realizar o teste rápido de HIV, cerca de 75 (82,4%) o resultado de exame da parceria fonte eram desconhecidas. Referente as parcerias fontes que realizaram a testagem para o HIV 6 (37,5%) foram reagente .

Semelhantemente Kahn et al. (2001), mostram que apenas 7% das parcerias fontes realizaram os exames, revelaram baixas referências de exames das parcerias sexuais, provavelmente é explicado pelos altos índices de atividades sexuais anônimos ou com parcerias desconhecidas.

Os autores Minas et al. (2012), apresentam que 42,5% eram HSH e desconheciam o status sorológico da parceria e Chan et al. (2013), mostram também que 58,2% o status sorológico da parceria fonte era desconhecido.

Nas situações em que não é realizado o TR para o HIV da parceria fonte é considerado como parceria desconhecida e inicia-se a profilaxia com ARV (BRASIL, 2010b). Por este motivo é importante orientar a pessoa exposta para buscar sua parceria para realização de exames, evitando dessa forma o uso de medicamentos desnecessários. Além disto, a busca pelo serviço de saúde para a realização dos testes sorológicos possibilita ao usuário o contato com as

orientações da equipe de saúde sobre os riscos de exposição sexual. Ressalta-se que é de responsabilidade da pessoa exposta contatar a parceria fonte para realização dos exames. É fundamental ter a informação do status sorológico e da epidemiologia da parceria fonte para tomar a conduta adequada a pessoa exposta.

Referente ao intervalo de horas entre a exposição sexual e a procura pelo atendimento médico, constatou-se neste estudo menor frequência de pessoas 10 (11%) que buscaram a PEPsexual em um período de duas horas. Das pessoas que procuraram atendimento até duas horas 7 (63,6%) abandonaram o seguimento clínico. Iniciar a PEP logo em seguida à exposição pode impedir a infecção sistêmica no organismo e bloquear a propagação do vírus inicial das células alvo (CDC 2001; CDC 2005; BRASIL 2010a).

Assim, é possível inferir que a minoria dos participantes do estudo tem conhecimento dessa medida, que se for medicada com ARV, nesse período de tempo, a ação do medicamento aumenta a chance de não se infectar com o HIV. Porém, identificou-se que mesmo buscando atendimento dentro de duas horas, entre essas pessoas apenas uma teve adesão ao seguimento clínico.

Provavelmente, 80 (87,9%) das pessoas que buscaram por atendimento após ter transcorrido o período de duas horas da exposição sexual desconhecem que o retardamento por busca de assistência clínica e terapêutica pode prejudicá-la contribuindo na propagação do vírus HIV, e desses sujeitos 55 (60,4%) abandonaram o acompanhamento clínico.

Semelhantemente outros autores descreveram que 85% a 87% dos casos foram prescritos a PEP dentro de 72 horas de exposição e o tempo médio de intervalo foi de 21 horas (DAY et al, 2006; MINAS et al.,2012). Ao analisar o tempo de procura por atendimento Kahn et al. (2001) detectaram que o tempo médio entre a exposição e o tratamento foi de 33 horas em um serviço de cobertura médica 24 horas. Para os autores o intervalo mais longo entre a exposição e o tratamento que observaram pode compreender atrasos por parte dos participantes em reconhecer o risco associado com a exposição e identificação de locais de tratamento.

4.2 Caracterização da adesão ao seguimento clínico, laboratorial e terapêutica medicamentosa

Referente ao seguimento clínico ambulatorial no primeiro atendimento no CRE Central a pessoa exposta é orientada, pelo auxiliar de enfermagem ou enfermeiro, da importância de acompanhamento nas consultas agendadas, para verificar os resultados de exames laboratoriais, conforme preconizado, por um período de seis meses, até receber a alta médica com o infectologista, de acordo com as recomendações do MS (BRASIL, 2010a). Este seguimento não está agregado somente à indicação da quimioprofilaxia com os antirretrovirais, mas, principalmente, para monitorar os exames, se houve soroconversão do HIV ou demais IST.

Na presente pesquisa, destaca-se, no período analisado, que 10 (100%) das mulheres não aderiram ao tratamento e 72 (88,9%) dos homens abandonaram ou não aderiram o seguimento clínico conforme protocolo do MS, como mostra a **tabela 3**. Constata-se que a causa do abandono ao seguimento clínico principalmente entre as mulheres, provavelmente, se deu por não se perceberem em risco de aquisição das infecções por transmissão sexual. Estes dados sugerem a baixa percepção da vulnerabilidade das mulheres que pode levar ao abandono do seguimento clínico, principalmente, por não se perceberem em risco da aquisição das infecções por transmissão sexual. Esse fato pode prejudicar a sua saúde mediante a ocorrência de alguma infecção se não for diagnosticada em tempo. Ressalta-se que é necessário maior divulgação na mídia sobre este tema e o envolvimento dos profissionais de saúde em esclarecer essa população das consequências dessas infecções..

O novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV, publicado em 23 de julho de 2015, aponta, maior proporção de abandono pelos sujeitos que procuram a PEP, tanto no seguimento clínico, quanto no acompanhamento dos exames indicados. Diante disso, houve, inclusive, a alteração do tempo de seguimento clínico e laboratorial, ao HIV, de seis para três meses, revelando-se como melhor estratégia para a adesão ao seguimento clínico e laboratorial dos indivíduos que buscam a PEP.

Day et al. (2006) apontaram a pouca percepção de risco do paciente e a falta de orientação a esses indivíduos o que pode estar contribuindo para baixa adesão da PEPsexual ao acompanhamento clínico. Pesquisa conduzida Chan et al. (2013) testaram intervenções de aconselhamento e aderência, e encontraram níveis relativamente baixos de adesão em cerca de 38%-54% e referiram que é um desafio melhorar a adesão a PEP.

Em um estudo realizado por Mcdougal et al. (2014) detectaram que 53% dos pacientes não voltaram ao retorno do acompanhamento clínico, e apenas 2% retornaram em 12 semanas após o início da PEP.

Na **Tabela 3**, são apresentadas as variáveis demográficas relacionadas com o sexo, faixa etária, escolaridade e orientação sexual segundo o seguimento clínico.

Tabela 3- Distribuição dos casos que procuram Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo seguimento clínico no CRE Central. Ribeirão Preto-SP, 2015.

Variáveis demográficas	Seguimento Clínico								p-valor
	Adesão		Não Adesão		Abandono		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Feminino	00	0	02	20	08	80	10	11	0,524
Masculino	09	11,1	25	30,9	47	58	81	89	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	91	
Faixa etária									
20 -- 29	02	4,3	13	28,3	31	67,4	46	50,5	0,301
30 -- 39	05	18,5	07	25,9	15	55,6	27	29,7	
40 -- 49	02	13,3	05	33,3	08	53,3	15	16,5	
≥ 50	00	00	02	66,7	01	33,3	03	3,3	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Escolaridade									
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	00	00	02	22,2	07	77,8	09	9,9	0,737
Técnico ou médio completo	05	12,8	10	25,6	24	61,5	39	42,9	
Ensino superior incompleto	01	5,9	05	29,4	11	64,7	17	18,6	
Ensino superior completo	03	11,5	10	38,4	13	50	26	28,5	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Orientação sexual (n=89)									
Heterossexual	04	6,4	20	32,2	38	61,3	62	69,7	0,412
Homossexual ou bissexual	04	14,8	07	26	16	59,2	27	30,3	
Total	08	9	27	30,3	54	60,6	89	100	

Fonte: Autor

Na tabela 4, são apresentadas as variáveis relacionadas aos aspectos comportamentais da exposição ao seguimento clínico.

Das pessoas que referiram rompimento do preservativo 31 (63,3%) abandonaram o seguimento clínico. Verifica-se, que o nível de escolaridade não influencia o indivíduo sobre o uso do preservativo. Quanto ao motivo da procura não houve diferença significativa entre o não uso do preservativo e o seu rompimento, encontrou-se p-valor 0,858.

Germano et al. (2008) referiram que a escolaridade não é um fator expressivo de proteção para as práticas de risco diante do HIV, independente da escolaridade e ou renda, os indivíduos apresentam uma condição de informação sobre a transmissão do vírus. Entretanto, as pessoas em situação de rua e os usuários de drogas apresentam maiores dificuldades no ingresso a escolaridade, o que pode influenciar na redução da compreensão do conteúdo educativo e encontrar barreiras ao atendimento nos serviços de saúde, ainda desconhecimento da oferta de insumos designados a prevenção.

No presente estudo, as taxas maiores de adesão foram observadas entre os indivíduos 03 (27,3%) que referiram prática sexual anal insertiva, e quando a parceria da pessoa exposta 04 (22,2%) era profissional do sexo e com resultado reagente 02 (33,3%) positivo para o HIV. Entre o abandono e não adesão o abandono é bem maior. Pode estar relacionado entre os efeitos colaterais dos medicamentos, o que não foi investigado nesse estudo. Com referência à adesão ao seguimento clínico relacionado à faixa etária, escolaridade e orientação sexual não houve diferença significativa entre as variáveis estudadas.

Tabela 4- Distribuição dos casos que procuraram Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo variáveis relacionada aos aspectos comportamentais da exposição e ao seguimento clínico no CRE Central. Ribeirão Preto, 2015.

Variáveis relacionadas à exposição	Seguimento Clínico								p-valor
	Adesão		Não Adesão		Abandono		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Motivo de procura									
Não usou preservativo	04	9,5	14	33,3	24	57,1	42	46,2	0,858
Rompimento do preservativo	05	10,2	13	26,5	31	63,3	49	53,8	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Tipo de Exposição									
Anal receptiva	00	0,0	04	28,6	10	71,4	14	15,4	0,323
Anal insertiva	03	27,3	01	9,1	07	63,6	11	12,1	
Vaginal receptiva	00	0,0	01	14,3	06	85,7	07	7,7	
Vaginal insertiva	05	10,0	18	36	27	54	50	54,9	
Oral receptiva	01	16,7	01	16,7	04	66,7	06	6,6	
Oral insertiva	00	0,0	01	50	01	50	02	2,2	
Não informado	00	0,0	01	3,7	00	00	01	1,1	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Intervalo de Exposição									
Até 2 horas	01	9,1	03	27,3	07	63,6	11	12,1	0,567
> 2 a 72 horas	08	10	24	30	48	60	80	87,9	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Parceria da pessoa exposta									
Desconhecida	02	6,1	08	24,2	23	69,7	33	36,3	0,332
Homossexual	03	12	07	28	15	60	25	27,5	
População em geral	00	00	05	38,5	08	61,5	13	14,3	
Profissional do sexo	04	22,2	07	38,9	07	38,9	18	19,8	
Travesti	00	00	00	00	02	3,6	02	2,2	
Total	09	9,9	27	29,7	55	60,4	91	100	
Resultado exames HIV parceria (n=16)									
Não Reagente	00	0	01	10	09	90	10	62,5	0,056
Reagente	02	33,3	02	33,3	02	33,3	06	37,5	
Total	02	12,5	03	18,75	11	68,7	16	100	

Fonte: Autor

Dos 91 sujeitos que buscaram atendimento médico foi indicada a quimioprofilaxia pós-exposição sexual para 80 (88%). Dessas pessoas, 49 (61,2%) não compareceram ao seguimento clínico, por isso, não constava a informação no formulário de atendimento da utilização do medicamento, como apresenta na **tabela 5**. Oldenburg et al. (2014) avaliaram a adesão a PEPsexual ao HIV e consideraram não aderentes os participantes do estudo que não retornaram para avaliação.

Ressalta-se que, no presente estudo, cerca de 31 (38,8%) utilizaram os ARV durante os 28 dias e teve adesão à terapêutica. Porém, entre essas pessoas que tiveram adesão a terapêutica medicamentosa 21 (67,7%) não aderiram ou abandonaram ao seguimento clínico e laboratorial. Diante desses resultados, pode-se afirmar que as pessoas procuram o atendimento somente com o interesse em receber os ARV e desejam imediatamente a resolutividade de seu problema. A recomendação da prescrição dos ARV pós-exposição sexual está agregada à chance de impedir o risco da aquisição do vírus HIV adesão é fundamental para melhor eficácia da profilaxia. (FLETCHER et al., 2013).

Comparativamente no estudo de Poynten et al (2007), houve recomendação da PEP para 97% indivíduos. Blashill et al. (2015) constataram em seu estudo otimizando a adesão de PreP e PEP encontraram níveis relativamente baixos de adesão cerca 38% - 54%. Conclui que os baixos níveis de adesão a PEP pode diminuir a eficácia da intervenção, e também pode comprometer a sua relação custo-eficácia.

Pesquisa conduzida por Day et al.(2006) e Minas et al. (2012) encontraram uma proporção maior das pessoas 53% e 66,9% que concluíram o tratamento medicamentoso conforme previsto.

Blashill et al. (2015), descrevem que indivíduos em buscam da PEP, são geralmente saudáveis, e pode não ser tão motivados a tomar a medicação como pacientes infectados pelo HIV, que podem entender a aderência como fator importante na manutenção de sua saúde

No presente estudo, evidenciou-se que não houve recomendação da quimioprofilaxia para a pessoa exposta, mediante o conhecimento do TR negativo para o HIV 10 (11%) de sua parceria fonte. Os casos que não houve indicação de

quimioprofilaxia recomendou-se o acompanhamento clínico e a coleta de exames sorológicos, por se encontrarem em período de janela imunológica.

Também foi possível verificar para duas pessoas expostas, que praticaram sexo oral insertivo e desconheciam o status sorológico da sua parceria, que não houve indicação de ARV. Uma parceria pertencia à população geral e a outra era desconhecida, o que está de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde. Entretanto, houve um caso que o teste rápido da parceria fonte foi negativa e houve a sua indicação. Além disso, alguns autores reconhecem que os médicos muitas vezes indicam a PEP mediante a um paciente com medo que deseja receber o medicamento, mesmo com um risco baixo de transmissão ao HIV, o que ilustra a dificuldade de cuidar de pacientes expostos ao HIV (LAPORTE et al., 2002; REY et al., 2008 apud MCDUGAL et al., 2014).

Tabela 5- Distribuição dos casos que procuraram a PEP Sexual, segundo as variáveis indicação de quimioprofilaxia e uso da quimioprofilaxia. CRE Central, no município de Ribeirão Preto- SP, 2015

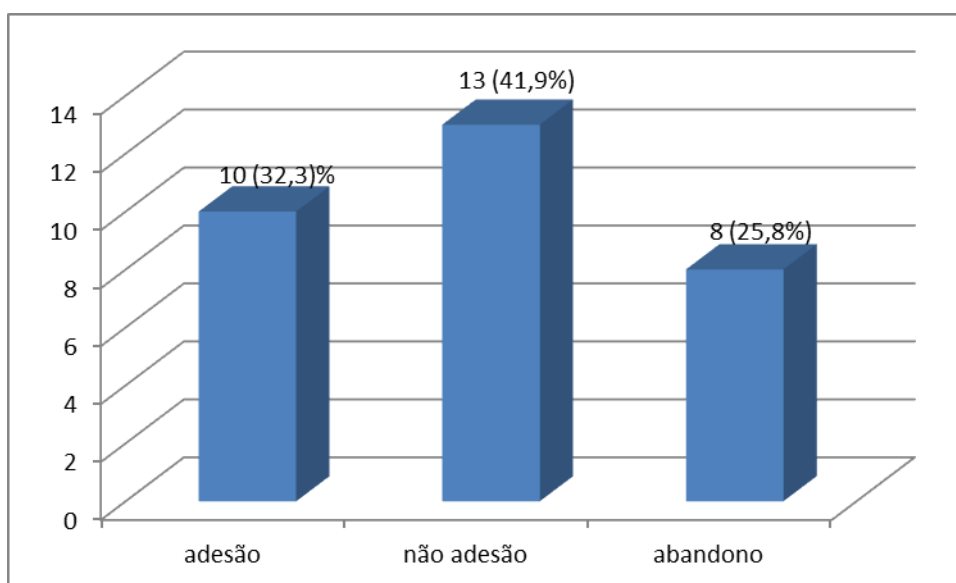
Variáveis	Categorias	Indicação de quimioprofilaxia (n=80)	Total (%)
Uso de quimioprofilaxia	Ignorados (*)	49	61,2
	Usaram 28 dias	31	38,8

(*) usuários não compareceram nas consultas para obter essa informação

Fonte: Autor

Na figura 1 são apresentados a distribuição das pessoas pós-exposição sexual que utilizaram os antirretrovirais durante os 28 dias, relacionados quanto ao seguimento clínico e laboratorial.

GRÁFICO 1- Distribuição dos casos (n=31) que usaram a quimioprofilaxia antirretroviral durante os 28 dias segundo seguimento clínico e laboratorial no CRE Central, no município de Ribeirão Preto- SP, 2015.



Fonte: Autor

Tabela 6. Distribuição dos usuários que procuraram a Profilaxia Pós-exposição Sexual segundo a variável período de acompanhamento de exames para HIV realização de exames da pessoa exposta, CRE Central. Ribeirão Preto, 2015

Período de acompanhamento de exames	Resultados	Total de resultados de exames realizados e não realizados para HIV da pessoa exposta	
		n	%
Na exposição	Negativos	91	100
4 a 6 semanas	Negativos	26	28,6
	*Não realizado	65	71,4
3 meses	Negativos	16	17,6
	Não realizado	75	82,4
6 meses	Negativos	11	12,0
	Não realizado	80	88,0

*Não realizado = pessoa exposta não compareceu para realizar os exames sorológicos

Fonte: Autor

Observou-se que o TR foi realizado de acordo com o recomendado para todas as pessoas expostas no atendimento inicial 91 (100%), cujos resultados foram negativos para o HIV. A utilização do TR logo no primeiro atendimento é uma alternativa rápida e eficiente para detecção do HIV após exposição, facilitando o conhecimento imediato da situação sorológica da pessoa, tornando possível a adoção de medidas para a quebra da cadeia de transmissão (BRASIL, 2006a). O emprego do TR é uma medida para evitar o uso desnecessário do início da quimioprofilaxia, nos casos de AO, vítimas de abuso sexual e exposição sexual ocasional (BRASIL, 2010b).

Foi possível identificar a indicação do acompanhamento sorológico para o HIV, HVB, HCV e VDRL para todas as pessoas exposta. Esses exames foram registrados no formulário pós-exposição sexual, com data do resultado da exposição, com três meses e seis meses, possibilitando o monitoramento na consulta médica.

Verifica-se na **tabela 6** que entre as 91 pessoas para as quais foram indicados o seguimento dos exames sorológicos, cerca de 65 (71,4%). não realizaram os exames com seis semanas. Observa-se a predominância de abandono nos meses subsequentes, três meses 75 (82,4%) e com seis meses 80 (88%). Considera-se o fato de que o indivíduo ao ser acolhido no primeiro atendimento, e aconselhado sobre as medidas de prevenção, recebe o resultado do teste rápido e a terapêutica medicamentosa, melhora, psicologicamente, o seu temor. Nesse sentido, compreende-se que as pessoas com o decorrer do tempo se abrandam e, provavelmente, por estarem mais seguras, deixam de realizar os exames indicados. Embora estas pessoas encontrem-se no período de janela imunológica, mesmo assim, deixam de realizar os exames conforme recomendados, negligenciando a probabilidade de risco de se infectar com o HIV, HVB, HCV e sífilis.

O presente estudo permitiu identificar que as pessoas que buscam a PEPsexual, tiveram alta proporção de abandono no seguimento clínico e laboratorial. Não foi possível identificar os motivos dos abandonos, uma vez que não faz parte do protocolo de serviço realizar a busca ativa dos casos que tiveram exposição sexual por tratar-se de dados secundários. Observou-se que, não

houve soroconversão nos resultados de exames laboratoriais dos sujeitos que seguiram o tratamento proposto.

Comparativamente a outros trabalhos, Kahn et al. (2001), descreveram que não houve soroconversão para HIV em 6 meses após a exposição, considerando que isto não deve ser considerado como evidência de que PEP é eficaz.

O mesmo contexto foi identificado no estudo de Minas et al. (2012), porém com proporções diferentes, ocorrendo também uma queda significativa na realização dos exames, identificaram que 92,5% dos indivíduos realizaram o teste HIV no início do acompanhamento, entre 4 a 6 semanas 58,8%, 3 a 4 meses cerca 51,9% e com 6 meses 27,5%.

Minas et al. (2012) descreveram que os médicos deverão concentrar esforços para que os clientes realizem o teste de HIV com acompanhamento durante os três meses. Ressalta-se que, uma minoria de pessoas são testadas após os seis meses. Dessa forma, essa recomendação da testagem para o HIV com um período de seis meses pós-exposição será retirada das diretrizes. Essa recomendação vem de encontro com o novo Protocolo do MS (2015c), onde os serviços especializados de atendimento as PVHA já estão se adequando. O acompanhamento clínico justifica-se pela ocorrência de prováveis eventos adversos em decorrência do uso de ARV e do monitoramento dos exames sorológicos com intuito de acompanhar possível soroconversão do VDRL, HVB e HCV no período de janela imunológica (BRASIL, 2010b).

5. CONCLUSÃO

Dos 91 indivíduos que procuraram pela PEPsexual no CRE Central em Ribeirão Preto, a maioria era do sexo masculino 81 (89%) solteiros, 46 (50,5%) constituídos por adultos jovens em idade reprodutiva na faixa etária entre 20 e 29 anos e com 38 (41,8%) com o ensino médio completo. A minoria dos indivíduos tinham o ensino fundamental completo ou médio incompleto 9 (9,9%), e para ambos os sexos verificou-se semelhança em nível de escolaridade.

Certamente, o maior grau de escolaridade contribui para as pessoas terem mais acesso às informações e buscarem meios de se proteger após uma relação sexual consentida e desprotegida, por meio de serviços de saúde que dispõe desta tecnologia de prevenção.

Sobre o tipo de exposição, verificou-se que, mais da metade 50 (54,9%) das pessoas referiram a prática sexual vaginal insertiva e 49 (53,8%) o motivo da procura foi o rompimento do preservativo. Também entre as mulheres a maioria, cerca 7 (70%), não usaram o preservativo e 5 (50%) delas possuíam o nível superior completo.

Referente à adesão ao seguimento clínico e laboratorial verificou-se que não houve diferença significativa entre as variáveis estudadas em relação a homens e mulheres

Ressalta-se que 10 (100%) das mulheres e 72 (88,9%) dos homens abandonaram ou não aderiram ao seguimento clínico, conforme protocolo do MS.

Além disso, os homens foram os que mais procuraram pela PEP, porém as taxas de adesão entre eles são muito baixas. Particularmente, entre as mulheres a adesão é ainda mais comprometida. Este estudo permitiu verificar o perfil dos que procuram a PEPsexual, entre o sexo feminino e masculino e questionar porque as mulheres procuram menos a profilaxia pós exposição sexual do que os homens.

A baixa procura por atendimento clínico pela PEPsexual, revela a falta de percepção de vulnerabilidade das mulheres com relação às IST/aids, o que impede o auto cuidado com a sua saúde sexual. Sendo assim, é fundamental um olhar especial para as mulheres que estão em situação de vulnerabilidade,

precisando de investimentos voltados para a assistência integral da saúde da mulher, visando à prevenção e a promoção da saúde. Isso revela um acréscimo de risco para a população feminina.

As taxas maiores de adesão foram observadas entre os 03 (27,3%) indivíduos que referiram prática sexual anal insertiva, e quando a parceria da pessoa exposta 04 (22,2%) era profissional do sexo e com resultado reagente 02 (33,3%) positivo para o HIV.

Constatou-se, que não houve procura por esta tecnologia de prevenção por sujeitos pertencentes à população chave, exceto os sujeitos do sexo masculino que consta relação homossexual.

Sobre à quimioprofilaxia com antirretrovirais, dos 80 (88%) indivíduos que tiveram indicação, 31(38,8%) aderiram à essa terapêutica medicamentosa, ou seja, usaram os ARV durante os 28 dias conforme proposto pelo protocolo, porém, desses, a maioria, 21 (67,7%) não aderiram ou abandonaram o seguimento clínico e laboratorial.

Verificou-se que pessoas comparecem no atendimento inicial com a intenção de receber os medicamentos ARV para o HIV, em busca de solução imediata de seu problema, mas mesmo se encontrando em janela imunológica, verifica-se a alta proporção de abandono ao seguimento clínico e laboratorial, evidenciando-se a ausência de percepção de risco referente às demais infecções sexualmente transmissíveis.

Para o seguimento clínico e laboratorial, não foi possível identificar os motivos dos abandonos, uma vez que não faz parte do protocolo do serviço realizar a busca ativa dos casos que tiveram exposição sexual por tratar-se de dados secundários.

Assim, é necessário conhecer as causas que levam as pessoas que procuraram pela PEPsexual e posteriormente abandonam o tratamento proposto.

Ainda, o novo protocolo aponta e sugere algumas estratégias de busca aos usuários da PEPsexual, o que pode contribuir para adesão ao seguimento clínico, laboratorial e terapêutico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A quarta década de existência da epidemia de infecção pelo HIV nos submete a uma reflexão que a prevenção, a eliminação de novas infecções e mudança de comportamento, a adesão ao tratamento clínico e laboratorial é um grande desafio para a saúde pública frente ao cenário da aids. Os avanços científicos e tecnológicos são crescentes e as perspectivas para fortalecer a prevenção da transmissão sexual do HIV são muito promissoras, com a implementação de estratégias como a profilaxia pós-exposição sexual. A PEP é uma trajetória para PrEP que ainda não é uma política pública no Brasil.

O presente estudo teve como objetivo, descrever o perfil e seguimento clínico de indivíduos que após uma relação sexual ocasional buscaram a profilaxia pós-exposição e avaliar a associação entre a adesão e as variáveis demográficas e comportamentais.

Assim, os dados identificados nesse estudo remetem a uma preocupação que é a pouca procura por mulheres pela PEPsexual e a população chave, e ainda a escassa divulgação da profilaxia pós-exposição sexual no âmbito dos serviços de saúde, como instituições de ensino e comunidade em geral.

É necessário também maior divulgação desta tecnologia de prevenção e maior investimento e acolhimento da equipe de saúde para melhorar a adesão ao seguimento clínico das pessoas que estão expostas ao risco de aquisição do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, principalmente na população chave e entre as mulheres.

Neste estudo, compreende-se que as pessoas que procuraram a PEPsexual são sabidamente HIV negativas, este fato pode interferir na adesão ao tratamento, por este motivo os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados e empenhados em realizar um acolhimento humanizado no sentido de estabelecer a confiança e o vínculo com o indivíduo, fator este determinante para a adesão. É essencial que a equipe de saúde tenha a compreensão que cada pessoa tem seus próprios motivos, que o induzem a abandonarem ou não aderirem ao seguimento clínico e laboratorial precisando de intervenções individuais.

Considerando, que o atendimento de exposição sexual configura como urgência médica cabe aos gestores avaliar a demanda, a capacidade de atendimento especializado, a agenda ofertada, a disponibilidade e investimentos de recursos humanos.

Para atender este segmento que chega ao serviço como demanda espontânea, é relevante descentralizar o fluxo, priorizar e implantar o atendimento de PEPsexual nos demais serviços de referências especializados de atendimento ao HIV/aids desse município. Também, implantar estratégias de busca aos usuários que não aderiram ou abandonaram o seguimento clínico e laboratorial. Assim como, elaborar um folder explicativo institucional e banners aos usuários sobre PEP acerca da importância da adesão ao seguimento clínico e laboratorial.

Quanto ao formulário de atendimento pós-exposição sexual é um instrumento que poderá contribuir para novos estudos, principalmente, estudo longitudinal e comparativo da adesão ao seguimento clínico e laboratorial antes e depois do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV.

Ainda, em relação ao formulário foi identificado que não consta o número de parcerias que as pessoas expostas se envolveram no decorrer do ano e a orientação sexual. É possível incluir esta questão, uma vez que este instrumento foi elaborado e adaptado no próprio serviço e constitui-se um dado importante para analisar o perfil dos indivíduos que buscam esta tecnologia de prevenção.

Ainda, é esperado que com as novas diretrizes terapêuticas ocorra melhora na adesão das pessoas que procuram pela PEPsexual.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N; OLIVEIRA JUNIOR, W.M.; MOREIRA, E.D.; FITIPPALDI, J.A.S. Peril sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**. v. 59, n. 4, p. 250-257, abr. 2002.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle - Educação Médica Continuada by. **Anais Brasileiros de Dermatologia**; v.81, n.2, p.111-26, 2006.
- ALMEIDA, M.C.M; **Adesão ao seguimento clínico de profissionais e estudantes da área da saúde que sofreram acidente ocupacional com material biológico**. 2013. 87p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- ARMISHAW, J.; HOY, J.F.; WATSON, K.M.; WRIGHT, E.J.; PRICE, B.G.; PIERCE, A.B. Non-occupational post-exposure prophylaxis in Victoria, Australia: responding to high rates of re-presentation and low rates of follow-up. **INTERNATIONAL JOURNAL OF STD & AIDS**. v.22, p.71-78, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INDESDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). Prevenção combinada: barreiras ao HIV. Rio de Janeiro: **ABIA**; GIV: p. 23, 2011.
- BALBUENA, S.F.; BELZAM, J.; CASTILLA, J.; HOYOS, J.; ROSALES, S.M.E.; SÁNCHEZ, R.; DE LA FUENTE, L. Madrid rapid HIV testing group. Awareness and use of nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis among people receiving rapid HIV testing in Spain. **HIV Med**. v.14, n. 4, p.252-257, abr, 2013.
- BLASHILL, A.J; PETER, P.E, KENNETH, H. M; STEVEN, A.S. Optimizing Adherence to Preexposure and Postexposure Prophylaxis: The Need for an Integrated Biobehavioral Approach. **Oxford Journals Medicina & Saúde Clinical Infectious Diseases**. v. 60,n.3, p. S187-S190, 2015.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BENN, P.; FISHER, H.; KULASEGARAM, R. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure (2011). **International Journal of STD & AIDS**. v. 22, p. 695-708, sem.12, Dez.2011.
- BERQUÓ, E.; BARBOSA, R.M.; LIMA, M.P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Grupo de estudo em população, Sexualidade e aids. **Revista de Saúde Pública**. V. 42, suppl.1, São Paulo, Jun. 2008.
- BEZERRA, E.O.; CHAVES, A.C.P.; PEREIRA, M.L.D.; MELO, F.R.G. Análise

da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n.5, p. 1121-1131, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 3ª. Ed, p. 142,1999.

_____. Ministério da Saúde. Unidade de Epidemiologia. Coordenação Nacional das DST e aids. Informe Técnico. Notificação de casos: Uma nova abordagem DST. **Jornal Brasileiro de Doença Sexualmente Transmissíveis**. v.13, n.2, p.44-47. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005**. Regulamenta o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Brasília: Julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**, n. 66, p.64, 2005a. (Série Manuais).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília, p. 52, 2005b. (Série Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**, Brasília 4. Ed. ,XX, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Brasília, p.188, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para as pessoas que vivem com HIV e AIDS** - 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV**: 2008. Brasília, 7a Ed., v.6, n.2, p.244, 2008a. (Série manuais).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. **Hepatites Virais: o Brasil está atento**, 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Qualiaids. Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS**, Brasília: 2008c. (Série A. Normas e manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008**. Brasília: p. 207, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes**. p.172, 2010b. (Série Manuais, n. 46)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, p. 126, 2011a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções**. Brasília: 1ª edição, 2ª tiragem, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A experiência do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Revista Resposta PositHIVa 10 anos** , p.104, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST** Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010 Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011 ©. Ministério da Saúde, p.159, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: p.214, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Aids e DST. **Boletim Epidemiológico** Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - p.68, dezembro de 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para o Manejo de Coinfecção HIV/TB em serviços de atenção especializada a pessoa vivendo com HIV/aids**, Ministério da Saúde, Brasília: 1 ed. 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS**

e DST Ano III - nº 1 - 27^a à 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013 Ano III - nº 1 - 01^a à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS – A união de todos os atores para o enfrentamento à AIDS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, v. 10, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde. p.130, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **PEP Sexual. Recomendação para abordagem da exposição sexual ao HIV**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/search/node/folder%20pep%20sexual>. Acesso em: 15 jan 2014.

_____.Ministério da Saúde. **Aids/Carnaval**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/ms-lanca-campanha-de-prevencao-dst-e-aids-para-carnaval> Janeiro 28, 2015 - 16:35. Acesso em: 31 jan 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Testagem para HIV**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv> >. Acesso em: 20 mar 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP)**. p.31, JUL,2015c.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I. Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.14, n.3, São Paulo, set. 2011

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

CAMPOS, M.M.R. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde**. 2006. 159p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo; São Paulo, 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Update U. S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weecly Report**, Atlanta, v. 50, n. RR-11, p. 1-42 Jun. 2001. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>.> Acesso em: 31 jun 2014.

_____. Recommendations and Reports. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. **Morbidity and Mortality Weekly Report, Atlanta**, v. 54, n.RR 02, p.1-20, Jan.2005. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>>. Acesso em: 1 ago 2014.

_____. Update on Emerging Infections: News From the Center for Disease Control and Prevention. **Annals of Emergency Medicine**, v.46, nº1, jul 2005b

CHAN, A.C.H.; GOUGH, K.; YOONG, D.; DIMEO, M. Non-occupational post exposure prophylaxis for HIV at St Michael's Hospital, Toronto: a retrospective review of patient eligibility and clinical outcomes. **International Journal of STD & AIDS**. Int J STD AIDS 2013, Montreal, v.24, p.393-39, jun. 2013.

CODATO, L. A.B.; NAKAMA, L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 34-35, 2006.

CODERP. **Óbitos Ribeirão Preto (SP) - CID10**. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sim/obit2000.def>>. Acesso em 25 abr 2014.

COHEN, S.E.; LIU, A.Y.; BERNSTEIN, K.T.; PHILIP, S. Preparing for HIV Pre-Exposure Prophylaxis: Lessons Learned from Post-Exposure Prophylaxis. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 44, n.1 0 2, p.80–85, Jan, 2013.

COLOMBRINI, M.R.C.; LOPES, M.H.B.M.; FIGUEREDO, R.M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/aids. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.40, n.4, p. 576-81, 2006.

CONDUTA EM CASOS DE EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENSUAL. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/fluxo.pdf>> Acesso em: 10 set. 2014

ESTEVAM, D.L. **II SEMINÁRIO NACIONAL DE VACINAS E NOVAS TECNOLOGIAS DE PREVENÇÃO PARA O HIV /AIDS** Disponível em: <http://www.giv.org.br/Seminários/II-Seminário-Nacional-Vacinas-e-Tecnologias-de-Prevenção-HIV-Aids/Apresentação-DeniseLotufo-Profilaxia-Pós-Exposição-Sexual--IISeminário-Vacinas-e-Novas-Tecnologias-GIV.pdf> Acesso em 25 mai 2015.

DAY, A.; MEARS, A.; BOND, K.; KULASEGARAM, R. Post-Exposure HIV prophylaxis following sexual exposure: a retrospective audit against recent draft BASHH guidance **Sex Transm Infect**. v. 82, n.3, p. 236-237, Jun. 2006.

DE LUIZ, G.M, The use of scientific argumentation in choosing risky within the scenario of aids. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu, v. 17, n.47, p.789-802, out-dez 2013.

DIAZ, R.S. **A História e uma doença. Os primeiros 30 anos da epidemia do HIV e a ciência por detrás da história.** Permnayer Brasil publicações, Ltda. ISBN: 978-849926-416-5 Dep. Legal: B-20.512-2012 Ref.: 870AR111

DIEHL, A.A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas:** métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DOURADO,I.; VERAS, M.A.S.M.; BARREIRA, D.; BRITO, A.M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral **Revista Saúde Publica;** v. 40, p. 9-17, 2006.

DRAUGHON, J.E.; ANDERSON, J.C.HANSEN, B.R.;SHERIDAN, D.J. Nonoccupational Postexposure HIV Prophylaxis in Sexual Assault Programs: A Survey of SANE and FNE Program Coordinators – **Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care**, v.25, n.1S, p. 90-100 Jan/Fev 2014.

ENGENDERHEALTH E UNFPA. **Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids:** subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Organização Engender Health e Unfpa. – Nova York: EngenderHealth e Brasília, DF: Unfpa, 2008.

FERNANDES; N.M, **Vulnerabilidade ao HIV/aids entre casais sorodiscordantes acompanhados no instituto de pesquisa clínica evandro chagas/fiocruz.** Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – Fiocruz, p.247, Rio de Janeiro, 2013.

FLETCHER, J.B.; RUSOW, J.A.; LE,H.; LANDOVITZ, R.J; REBACK, C.J. High-risk Sexual Behavior is Associated with Post-Exposure Prophylaxis Non-adherence among Men who have Sex with Men Enrolled in a Combination Prevention Intervention - NIH Public Access. **Journal Sexually Transmitted Diseases;** v. 323, p.463-1601, 2013.

FLEURY, A.R.D.; TORRES, A.R.R.; Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais. **Estudo de Psicologia**, Campinas (SP), v.24, n.4, p.475-486.

GERMANO, F.N; SILVA, T.M.G; MENDOZA-SASSI , R; MARTÍNEZ , A.M.B. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu Status sorológico. - Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.13, n.3, p. 1033-1040, Rio de Janeiro May/June 2008.

QUAGLIARELLO, V. The Acquired Immunodeficiency Syndrome: Current Status Department of Internal Medicine, Yale University School of Medicine, **The Yale Journal of Biology and Medicine**, v 55, p.443-452, New Haven, nov.1982

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010

GRANGEIRO, A.; HOLCMAN, M.M.; ONAGA, E.T.; ALENCAR, H.D.R.A.; PLACCO, A.L.N.; TEIXEIRA, P.R.; Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.46, n.4, p.674-684, São Paulo, 2012.

GERHARDT, T.A.; SILVEIRA, D.T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre, editora UFRGS, p. 120, 2009.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAUJO, CARVALHO; F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno Saúde Pública**. vol.23, n.3, p. 565-574, 2007.

HIV-AIDS & URGÊNCIAS: manual de atendimento das principais intercorrências clínicas e profilaxias pós-exposição na rede SUS-BH. Coordenação Municipal de Saúde Sexual e Atenção às DSTs, Aids e Hepatites Virais; Gerência de Assistência; Gerência de Urgência / SMSA-BH. Belo Horizonte: Gerência de Comunicação Social: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 60 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – cidades@ **População estimada 2014** Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>> Acesso em: 25 de fev 2015.

IPPOLITO, G.; PURO, V.; HEPTONSTALL, J.; JAGGER, J.; DE CARLI, G.; PETROSILLO, N. Occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers: worldwide cases through. **Clinical Infectious Diseases**, New Jersey, v. 28, n. 2,p. 365-383, fev. 1999.

KAHN, J.O.; MARTIN, J.N.; ROLAND, M.E.; BAMBERGER, J.D.; CHESNEY, M.; CHAMBERS, D.; FRANCES, K.; COATES, T.J.; KATZ, M.H. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. **The Journal of Infectious Diseases**.v.183, n.5, p.707-714, mar. 2001.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 125-150.

LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. Técnicas de pesquisa. In: Lakatos E.M, Marconi MA. **Fundamentos de metodologia científica**. Atlas, p.195-200, São Paulo,1991.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan.-mar. 2007.

LIMA, D. J. M.; PAULA, P.F.; AQUINO, P.S.; LESSA, P.RA.; MORAES, M.L.C.; CUNHA, D.F.F.;PINHEIRO, A.K.B. Comportamentos e práticas sexuais de

homens que fazem sexo com homens. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 67, n.6, p. 886-890, nov-dez, 2014.

MCDUGAL, S.J.; ALEXANDER, J.; DHANIREDDY, S.; HARRINGTON, R.D.; STEKLER, J.D. Non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV: 10-year retrospective analysis in Seattle, Washington. **Journal Plos One**. v.9, n. 8, ed.105030, 20 ago 2014.

MADUREIRA, V.S.F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.6, Rio de Janeiro Nov-Dez. 2008.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v.19, n. 2; p. 349-369, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, A.M.E.B.L.; PEREIRA, R.D.; FERREIRA, R.C.; Adesão a protocolo pós-exposição ocupacional de acidentes entre cirurgiões dentistas **Revista de Saúde Pública**; v.44, n.3, p.529-540, 2010.

MARTINS, T.A et. al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Revista de Fisioterapia e Saúde Funcional**, v. 3, n.1, p.4-7, Jan- Jun 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239 – 262, jul/set 1993.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. 18. Ed. Petrópolis: vozes, 2001; 80p.

MINAS, B.; LAING, S.; JORDAN, H.; MAK, D.B. Improved awareness and appropriate use of non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP) for the prevention of HIV following a multi-modal communication strategy. **BMC PUBLIC HEALTH**. 25 out. 2012

MIRANDA, F.M.A.; STEIN JUNIOR, A.V.; PETRELI, S.; PIRES, M.R.; SOARES, L.G.; RIBEIRAL, B. N.; SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A.; OLIVEIRA, M.C.L.X. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos – **Revista da Escola de Enfermagem USP**; v.45, n.4, p.1018-22, 2011.

MORAES, J.C.; LUNAI, E.J.A.; GRIMALDI, R.A. Immunogenicity of the Brazilian hepatitis B vaccine in adults **Revista Saúde Pública**; v. 44, n.2, p.353-9, 2010.

NORONHA, A.C.C.; ISRAEL, M.S.; ALMEIDA, D.C.F.; MOREIRA, G.M.; LOURENÇO, S.Q.C.; DIAS, E.P. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais -relato de caso DST– **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 18, n.3, p. 190-193, 2006.

OLDENBURG, C.E; BÄRNIGHAUSEN, T; HARLING, G; MIMIAGA, M.J; MAYER, K.H. **Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis.** NIH Public Access v. 18, n.2, p. 217–22, fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.). **Planejamento familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde: orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio de colaboração em âmbito mundial - Um dos pilares do planejamento familiar da OMS. [S.l.]: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Johns Hopkins Escola Bloomberg de Saúde Pública Centro de Programas de Comunicação Projeto Info, 2007. 372 p. Vários colaboradores.

PIMENTA, F. R. **Profissionais de enfermagem vítimas de acidentes com material biológico de um hospital de ensino no interior paulista:** atendimento e seguimento clínico especializado. 87p. Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

POYNTEN, I.M.; SMITH, D.E.; COOPER, D.A.; KALDOR, J.M.; GRULICH, A.E. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. **HIV Med.** v.8, n.6, p. 374-8, set. 2007.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica:** para alunos do curso de graduação e pós graduação. 3. ed. São Paulo: Google Books; 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico epidemiológico do HIV/aids.** Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16aids.php>. Acesso: 20 abr de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde **Protocolo Municipal de triagem e fluxo de atendimento das hepatites virais B e C:** Programa Municipal de DST / AIDS e Hepatites virais. 2011. Vários colaboradores. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/protocolos/prot-hepatites.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria Municipal de** _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados Referentes a Óbitos Ocorridos no Município de Ribeirão Preto.** Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16obitos.php>. Acesso em: 20 abr 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Programa Municipal de DST / AIDS e Hepatites Virais. **Missão do Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais.** Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/i16apresentacao.php>. > Acesso em: 10 set 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Conduta em casos de exposição sexual consensual**. Disponível

em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aids/fluxo.pdf>> Acesso em: 10 set 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>> p.33 -34 Acesso em: 10 set 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Disponível em:**

<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>> Acesso em 14 de dez 2014b.

ROLAND, M.E.; NEILANDS, T. B.; KRONE, M.R.; COATES, T.J.; FRANCES, K.; CHESNEY, M.A.; KAHN, J.S.; MARTIN, J.N.A Randomized Noninferiority Trial of Standard Versus Enhanced Risk Reduction and Adherence Counseling for Individuals Receiving Post-Exposure Prophylaxis Following Sexual Exposures to HIV. **Oxford Journals Medicina & Saúde**. Clinical Infectious Diseases. Vol. 53, n. 1, p. 76-83, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/AIDS Divisão De Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico** C.R.T. - DST/AIDS · C.V.E. ANO XXI - Nº 1 Jan. 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa e Estadual de DST/AIDS Divisão de Vigilância Epidemiológica **Boletim Epidemiológico** C.R.T. - DST/AIDS · C.V.E. ANO XVIII - Dez, de 2011a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV**, p. 152, São Paulo 2011b.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS**. Ano XXX. Nº 1. P. 112, Jan, 2014.

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

SCAMARDI, S.N.; MACHADO, C.M.; FREITAS, G.M.; MAIA, I.L.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Adesão à Terapia Antirretroviral em pacientes HIV+/AIDS: aspectos psicossociais HIV+/AIDS: adesão ao tratamento. **Arq. Ciênc. Saúde**. 2013, jan.-mar. 20(1) 22-6.

SANTOS, F.B.; SEIDL, E.M.F.; Caracterização de pessoas com HIV/AIDS em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasília Med.** v.48, n.3, p.268-276, 2011.

SILVA, A. C. L. G.; TOZATTI, F.; WELTER, A. C.; MIRANDA, C. D. C. Incidência e mortalidade por hepatite B, de 2001 a 2009: uma comparação entre o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 34-39, 2013.

TEIXEIRA, P.R, PAIVA, V.; SHIMA, E. **Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Copidart; 2000. p.111

UNAIDS. Global Report. **Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013**, Geneva: p. 148, 2013.

UNAIDS no Brasil. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. p.61, 3 ed., Junho de 2013

UNAIDS (Org.). **People living with HIV**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/peoplelivingwithhiv>. Acesso em: 19 de mar 2014.

UNAIDS (Org). **report shows that 19 million of the 35 million people living with HIV today do not know that they have the virus**. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgareport>> Acesso em: 20 de jul de 2014

UNAIDS. **Mundo supera metas contra a aids nove meses antes do prazo**. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/unaid-mundo-supera-metas-contra-aids-nove-meses-antes-do-prazo/> Acesso em: 19 Jul 2015.

UNAIDS. **UNFPA, OMS e UNAIDS: Declaração de posição sobre preservativos e a prevenção do HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada**. Disponível em: http://zerodiscriminacao.org.br/zerodiscriminacao/wp-content/uploads/2015/07/2015_07_07_UNFPA_OMS_UNAIDS.pdf de jul 2015

VERGARA, T.R.C.; **Estudo da penetração do Lopinavir/Ritonavir (LPV/R) no trato genital de homens infectados com o vírus HIV-1 no Brasil**. 74p. Dissertação (Mestrado) Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2005.

VERGARA, T.R.C.; BARROSO, P.F. Transmissão sexual do HIV. **Tendências em HIV / AIDS**, v.1, n. 4, p.17-24, 2007.

VILLELA, W.V.; BARBOSA, R.M.; PORTELLA, A.P.; OLIVEIRA, L.A. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, Rio de Janeiro, Jul 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fact Sheet N0 204-Hepatitis B. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>>. Acesso em 15 dez de 2014.

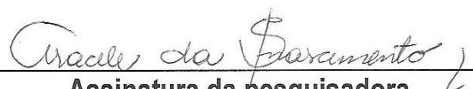
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sixty-Third World Health Assembly. Genova, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2383/1/A63_15-en.pdf?ua=1>. Acesso de 01dez de 2014.

APÊNDICE I

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Aracele da Silva Nascimento, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, intitulado O perfil dos usuários que procuram a profilaxia pós-exposição sexual (PEP sexual) no município de Ribeirão Preto-SP, sendo orientada pela Prof.^a Dra .Elizabeth Regina Negri Barbosa, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no ambiente da Unidade e me responsabilizo pelo arquivo do mesmo após uso;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;
- A pesquisa não foi realizada.



Assinatura da pesquisadora

Aracele da Silva Nascimento Tel: (16) 98196.8603

APÊNDICE II INSTRUMENTO DE COLETA

Nome: _____ Hygia: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____ Estado civil: _____
 Escolaridade: _____ sexo: FEM () MASC ()
 Fez uso de drogas injetáveis, inaláveis ou fumadas nos últimos 6 meses? () Sim () Não

DADOS DA EXPOSIÇÃO
 Data da exposição: ____/____/____ Hora: _____
 Data da procura: ____/____/____ Tempo após exposição: _____

Tipo de exposição sexual:
 () Vaginal receptiva () Vaginal insertiva () Anal receptiva
 () Anal insertiva () Oral receptivo com ejaculação () Oral sem ejaculação
Uso preservativo: () Sim () Não Preservativo rompeu? () Sim () Não

DADOS DA FONTE
 Nome do paciente fonte: _____ Hygia: _____
 () Fonte não identificada
População a que pertence: () Geral () Gays e outros HSH
 () Usuários de drogas () Profissionais do sexo

Exames da Fonte:

	Teste Rápido HIV	Elisa Anti-HIV	HBsAg	Anti-HCV	VDRL
Na exposição					

Se fonte sabidamente HIV POSITIVO:

ESTADO IMUNOLÓGICO DO PACIENTE EXPOSTO

Teste Rápido HIV: _____

CONDUTAS
Conduta em relação ao HIV:
 () Nenhuma medida () Recusou conduta
 () Indicado profilaxia - antirretrovirais: () AZT + 3TC () TDF () LPV/r ()
 Outro: _____

Exames do paciente exposto:

	Data	Anti-HIV	VDRL	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HCV	HCV-RNA
Na exposição	____/____/____						
6 semanas	____/____/____						
3 meses	____/____/____						
6 meses	____/____/____						

Data da alta: _____

ANEXO I**AUTORIZAÇÃO DO SECRETARIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO****Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 3410/14-GS
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 13 de agosto de 2014.

Prezada pesquisadora,
Aracele da Silva Nascimento

A Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento – **Maria Luiza da Silveira Santa Maria**, a Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica – **Ana Alice M. C. de Castro e Silva**, e a Coordenadora do Programa DST/Aids e Hepatites Virais – **Fátima Regina de Almeida Lima Neves**, manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa “**O PERFIL DOS USUÁRIOS QUE PROCURAM A PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL (PEP) NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP**”, nas dependências desta Secretaria da Saúde

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 034450 7.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados deverá acontecer quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8163Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Ilmo

UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Avenida Constabile Romano, 2201

Ribeirão

RP/SP

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP

Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PERFIL DOS USUÁRIOS QUE PROCURAM A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Pesquisador: Elizabeth Regina Negri Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36373414.3.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 845.609

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo, de caráter retrospectivo e descritivo, de corte transversal, com a utilização da abordagem quantitativa, efetuada a partir de

dados extraídos de documentos representados por formulário de atendimento a usuários que, pós-exposição sexual, procuram pela profilaxia (PEPsexual).

Mediante a pesquisa bibliográfica realizamos o escopo teórico da investigação científica, pautando-nos em obras de estudiosos sobre o

assunto. A presente pesquisa tem como objetivo geral identificar o perfil dos indivíduos que, após uma relação sexual ocasional, buscam a profilaxia

pós-exposição sexual (PEP-sexual). O estudo contemplará duas etapas: a primeira será selecionar os formulários desses usuários, que foram

atendidos na Unidade de Pronto Atendimento e no Centro de Referência em Especialidade "Enfermeira Maria Conceição da Silva", do município de

Ribeirão Preto. Os formulários a serem selecionados, referem-se ao período de Janeiro a 31 Dezembro de 2013, quando houve um aumento

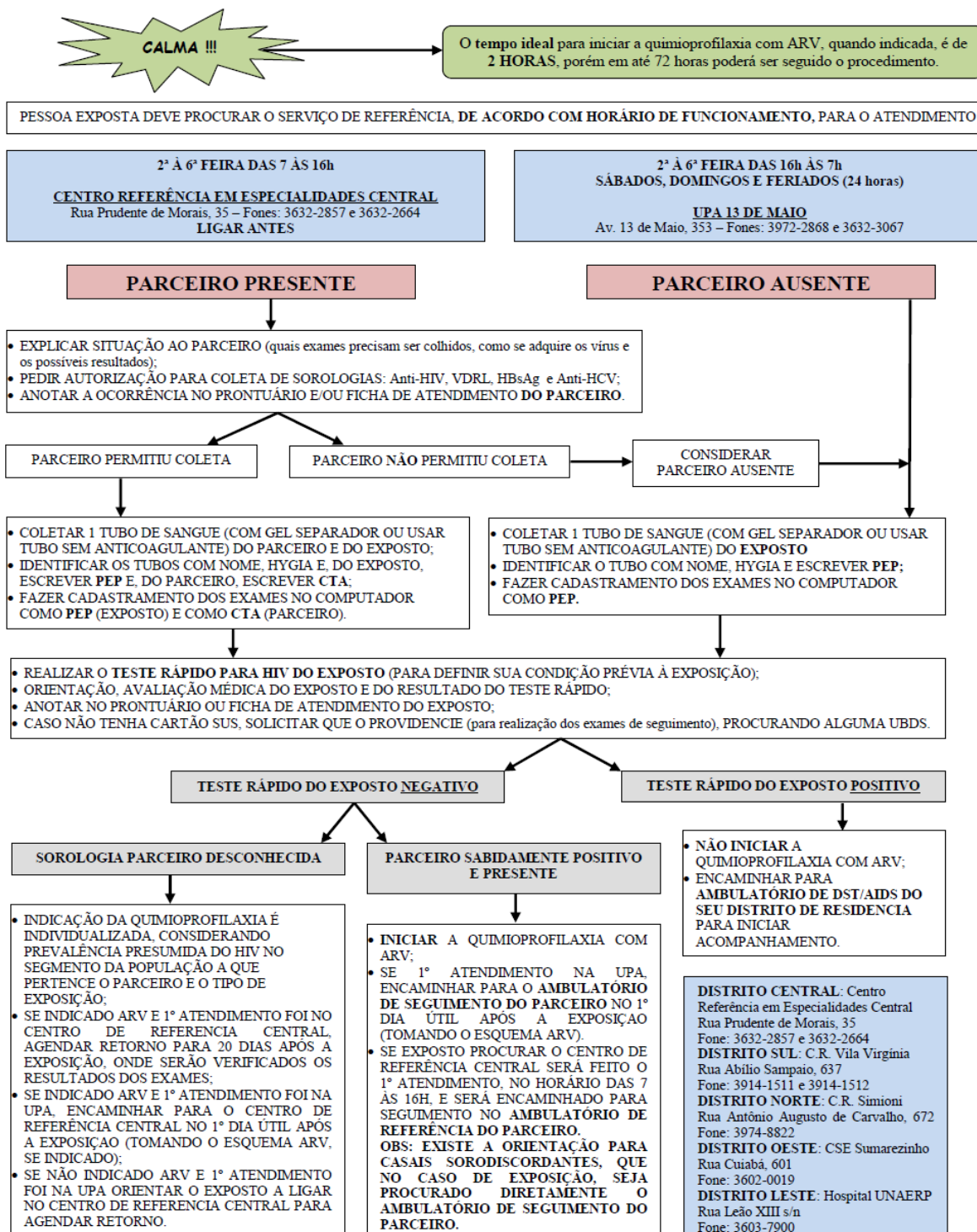
de incidência de usuários em busca da PEP sexual. Na segunda etapa, serão analisados os dados coletados, de acordo com o método estatístico.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO III

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Programa Municipal de DST / Aids e Hepatites Virais

CONDUTA EM CASOS DE EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENSUAL



ANEXO IV

ATENDIMENTO DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

Unidade do primeiro atendimento: () Centro de Referência () UPA

Data: ____/____/____ CNS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Social: _____

Telefones:

Nome: _____ Hygia: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado

Escolaridade: _____ Função: _____

Gestante: () Sim () Não () Não sei () Não se aplica DUM ____/____

Já fez uso de piercing ou fez tatuagem: () Sim, quando foi o último: _____ () Não

Já recebeu transfusão de sangue? () Sim, ano _____ () Não () Não sei

Fez uso de drogas injetáveis, inaláveis ou fumadas nos últimos 6 meses? () Sim () Não

Tem alguma comorbidade? () Sim, qual: _____ () Não

Faz uso alguma medicação? () Sim, qual: _____ () Não

DADOS DA EXPOSIÇÃO

Data da exposição: ____/____/____

Hora: _____

Data da procura: ____/____/____

Tempo após exposição: _____

Tipo de exposição sexual:

() Vaginal receptiva () Vaginal insertiva () Anal receptiva

() Anal insertiva () Oral receptivo com ejaculação () Oral sem ejaculação

Usou preservativo: () Sim () Não Preservativo rompeu? () Sim () Não**DADOS DA FONTE**

Nome do paciente fonte: _____ Hygia: _____

() Fonte não identificada

População a que pertence: () Geral () Gays e outros HSH

() Usuários de drogas () Profissionais do sexo

Exames da Fonte:

	Teste Rápido HIV	Elisa Anti-HIV	HBsAg	Anti-HCV	VDRL
Na exposição					

Se fonte sabidamente HIV POSITIVO:

Última Carga Viral: _____ cópias/ml (data: ____/____/____)

Antirretrovirais em uso: _____

Ambulatório de seguimento: _____

CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO SEXUAL – ANEXO IV

ESTADO IMUNOLÓGICO DO PACIENTE EXPOSTO

Teste Rápido HIV: _____

Vacinas: Tétano: () Sim (completa), ano último reforço: _____ () Sim (incompleta) () Não
Hepatite B: () Sim (completa) () Sim (incompleta), doses _____ () Não

CONDUTAS

Conduta em relação ao HIV:

() Nenhuma medida () Recusou conduta
() Indicado profilaxia - antirretrovirais: () AZT + 3TC () TDF () LPV/r ()

Outro: _____

Conduta em relação à Hepatite B:

() Nenhuma medida () Recusou conduta
() Vacinação: : N° doses: _____
() Imunoglobulina: Data: ____/____/____ Dose: _____

Conduta em relação ao Tétano:

() Nenhuma medida () Recusou conduta
() Vacinação: N° doses: _____
() Imunoglobulina: Data: ____/____/____

Exames solicitados:

() Anti-HIV () HBsAg () Anti-HBs () Anti-HCV
() HCV-RNA () VDRL () Hemograma () TGO/TGP
() Uréia/creatina () Amilase () Glicemia () Outros: _____

() Indicado uso de preservativo, orientado importância evitar gravidez e contra-indicado doação sangue, órgãos, esperma.

Exames do paciente exposto:

	Data	Anti-HIV	VDRL	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HCV	HCV-RNA
Na exposição	____/____/____						
6 semanas	____/____/____						
3 meses	____/____/____						
6 meses	____/____/____						
