

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O Conhecimento e a Prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por Médicos em
Goiás**

Izabella Gomes de Souza
Julia Sousa Rocha
Manuelle Quixabeira Freire
Maria Eduarda Port
Naiza Murielly Pereira Borges
Yago José Fagundes de Freitas

Anápolis, Goiás
2021

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O Conhecimento e a Prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por Médicos em
Goiás**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do curso de medicina da
Universidade Evangélica de Goiás -
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof. Dra.
Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes.

Anápolis, Goiás

2021

ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

**À Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade da Medicina – UniEVANGÉLICA**

Eu, Prof^(a) Orientador(a) Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação que os (as) acadêmicos (as) Izabella Gomes de Souza, Julia Sousa Rocha, Manuelle Quixabeira Freire, Maria Eduarda Port, Naiza Murielly Pereira Borges e Yago José Fagundes de Freitas estão com a versão final do trabalho intitulado “O Conhecimento e a Prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por Médicos em Goiás” pronta para ser entregue a esta coordenação. Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 15 de Novembro de 2021.



Professor (a) Orientador (a)

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma infecção que acomete o sistema imunológico e, para redução da propagação dessa patologia, desenvolveu-se os antirretrovirais. Evidências demonstram a eficácia da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), mas ainda com obstáculos, como a falta de conhecimento, técnica e treinamento dos profissionais de saúde para a sua orientação e prescrição. O objetivo dessa pesquisa é investigar o conhecimento subjetivo, objetivo e prescrição da PrEP por médicos do Estado de Goiás. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário à 152 médicos com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. Como resultado, 132 médicos (86,8%) afirmaram possuir conhecimento prévio sobre a PrEP, em média 44,2% informaram ter conhecimento para prescrição, 129 (84,8%) nunca prescreveram PrEP e, quando avaliado objetivamente, em média 83,8% possuem conhecimento sobre a categorização de risco para o uso do medicamento. Os resultados dessa pesquisa não estão em consonância com a hipótese de que apenas 20% dos médicos teriam conhecimento suficiente, de acordo com a literatura, mas é evidente a necessidade de capacitação médica visando otimizar o impacto clínico na saúde pública desta importante estratégia de prevenção do HIV.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Antirretrovirais, Profilaxia Pré-Exposição, Médicos, Saúde Pública

ABSTRACT

The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is a disease which effects the immune system and, to reduce the development of this pathology, antiretrovirals was created. Evidences demonstrate the effectiveness of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP), however, it still has obstacles, such as the lack of knowledge, technique and training of health professionals for patient guidance and prescription. The aim of this research is to investigate the subjective and objective knowledge of PrEP, futhermore the number of prescriptions in State of Goiás. For data collection, a survey was applied to 152 physicians with active enrollment in Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. As a result, 132 physicians (86,8%) reported having previous knowledge about PrEP, on average of 44,2% informed having knowledge for prescription, 129 (84,8%) never prescribed PrEP and, when objectively evaluated, on average of 83,8% have knowledge about the risk categorization for the drug use. The outcome of this research is not consonant with the hypothesis that only 20% of the physicians would have plenty knowledge, according to the literature, but it is evident the need for medical training to optimize the clinical impact on public health of this important HIV prevention strategy.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Anti-Retroviral Agents. Pre-Exposure Prophylaxis. Physicians. Public Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo Geral	19
3.2. Objetivos Específicos	19
4. METODOLOGIA	20
4.1. Tipo de estudo	20
4.2. População de estudo	20
4.3. Critérios de inclusão	20
4.4. Critérios de exclusão	20
4.5. Coleta de dados	20
4.6. Análise de dados	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
9. APÊNDICES	40
9.1. Apêndice I	40
9.2. Apêndice II	46
10. ANEXOS	47
10.1. Anexo I	47

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ataca o sistema imunológico do paciente, especificamente a linhagem de linfócitos T CD4+, o que dificulta a atividade do sistema imune contra infecções de forma geral (WHO, 2020). De acordo com Lopes (2016), a molécula CD4 é o principal receptor da superfície celular para o HIV, expressando-se principalmente na superfície de linfócitos T auxiliares, macrófagos, células dendríticas e células da micróglia.

A AIDS, sigla da denominação original em língua inglesa para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), é uma doença causada pelo HIV, identificada no começo dos anos 1980 por pesquisadores franceses e norte-americanos. A síndrome foi primeiramente descrita nos Estados Unidos em 1981, em homossexuais do sexo masculino, anteriormente hígidos, que apresentaram pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* e sarcoma de Kaposi (LOPES, 2016). O diagnóstico é feito no momento em que o paciente possui contagem de células TCD4 abaixo de 200 por mm³, ficando o paciente suscetível a infecções por bactérias extracelulares, principalmente pela resposta deficiente de anticorpos, dependentes das células T auxiliares, aos antígenos bacterianos (ABBAS; LICHTMAN; SHIV, 2013).

Assim, desde a sua descoberta até os números da atualidade a nível mundial, sabe-se que em média 79,3 milhões (55,9 milhões — 110 milhões) de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia; sendo que, em média, 36,3 milhões (27,2 milhões — 47,8 milhões) de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS e 37,7 milhões (30,2 milhões — 45,1 milhões) de pessoas em todo o mundo estão vivendo com HIV em 2020; e 27,5 milhões (26,5 milhões — 27,7 milhões) de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral, até o final de dezembro de 2020 (UNAIDS, 2020).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2020 (BRASIL, 2020), entre 2007 e 2020, 342.459 novos casos de HIV foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), destes, 69,4% dos casos foram em homens, 52,7% na faixa entre 20 e 34 anos de idade e 50,7% em negros (pretos e pardos).

Estudos demonstraram a maior prevalência de HIV em determinados grupos sociais. São eles: os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), principalmente homossexuais, se enquadram como o maior grupo de risco, seguidos por mulheres transexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI) e parceiros não infectados em casais sorodiscordantes (RAVASSI *et al.*, 2016; TYAGI *et al.*, 2016). Dados do Ministério da Saúde demonstram que a prevalência do HIV/AIDS na população em geral é 0,4%, enquanto que a

prevalência em populações vulneráveis como usuários de drogas, HSH, mulheres profissionais do sexo tem sido estimada em 5,9%, 10,5%, e 4,9%, respectivamente. No Brasil, em 2018, 78,9% dos homens diagnosticados com HIV foram infectados por via sexual, sendo 40,3% com exposição homo/bissexual e 38,7% com exposição heterossexual. Entre aos usuários de drogas injetáveis, no mesmo ano, a infecção representou 2,4% entre os homens e 1,5% entre as mulheres (BRASIL, 2019).

Nesse contexto de infecções de grupos epidemiologicamente considerados como de risco, foi criada a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo vírus, quando em contato sexual com ele.

A PrEP é a combinação de dois antirretrovirais, o Tenofovir (TDF) e a Emtricitabina (FTC), comercializado sobre o nome de Truvada®. Esse medicamento, utilizado por via oral, com administração de 1 comprimido ao dia, possui eficácia de 99% entre HSH e transexuais (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2020).

A PrEP está disponível em mais de 20 países em todo o mundo (GAFOS *et al.*, 2019), mas o acesso geralmente é ruim em pequenas áreas urbanas e rurais devido ao estigma e longas distâncias para obter acesso à medicação (HOTH *et al.*, 2019). Os pacientes que já usavam PrEP iniciaram 94% das conversas sobre o medicamento com novos usuários e 35% dos pacientes apresentaram atrasos na recepção da PrEP, variando de 6 semanas a 16 meses. Mais de 70% dos casos evidenciaram barreiras ao acesso. As barreiras incluíram lacunas no conhecimento do provedor sobre a PrEP, lacunas no conhecimento do provedor sobre os sistemas de saúde relacionados à PrEP, confusão ou desacordo sobre o alcance da clínica para a PrEP e atitudes ou estigma do provedor associado aos pacientes que procuram a PrEP (SKOLNIK *et al.*, 2019).

Apesar de haver algumas informações, em mídias digitais e impressas, sobre o uso da PrEP, estas estão dispersas nesses meios de comunicação, deixando a cargo dos profissionais de saúde ou do provedor, o Estado, a responsabilidade de indicar o medicamento quando oportuno, método que, se unicamente usado, pode não ser o suficiente para a profilaxia do HIV. Em pesquisa realizada por Devarajan *et al.* (2019), apesar do impasse individual da aceitação da PrEP por parte do paciente, há também uma barreira por parte do provedor, com o estigma de que com o uso da PrEP haverá um comportamento de compensação de risco com o uso inadequado de preservativos e múltiplos parceiros sexuais.

Equivalente ao estudo realizado por Devarajan, em pesquisa realizada por Silva (2019), 88,6% dos profissionais da Atenção Primária, entrevistados, autodeclararam

conhecimento sobre a PrEP como insuficiente ou pouco suficiente, e, quando avaliados, 79,6% apresentaram conhecimento insuficiente ou pouco suficiente. Esses impasses, observados por Devarajan *et al.* (2019) e Silva (2019), justificam a importância dessa pesquisa na agregação de novas evidências científicas sobre o panorama geral de conhecimento dos médicos a cerca dessa abordagem terapêutica.

Diante disso, o objetivo dessa pesquisa é investigar o conhecimento da PrEP por médicos do Estado de Goiás, com a hipótese a ser comprovada de que menos de 20% dos médicos no Estado de Goiás possuem capacitação e conhecimento necessários para a prescrição adequada da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Definição do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é responsável por uma infecção viral que ataca o sistema imune do paciente, especificamente os linfócitos CD4⁺ (linhagem de células brancas), o que dificulta a atividade do sistema imune contra infecções, de forma geral (WHO, 2020).

Clinicamente, a fase aguda de infecção por HIV manifesta-se de forma benigna com sintomas leves de febre e mal-estar, que regride em poucos dias e entra em período de latência. Neste período o vírus se estabelece no tecido linfóide, pelas células dendríticas foliculares, e se reproduzem de forma lentificada. A partir do momento que ocorre uma outra infecção, há a ativação do gene viral e produção de proteínas virais que causam efeito citopático nas células T. A perda das células T com a progressão para a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) é maior que o número de células infectadas (ABBAS; LICHTMAN; SHIV, 2013).

De acordo com Kumar, Abbas e Fausto (2010), a AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV, um retrovírus caracterizado pela profunda imunossupressão ocasionando infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas. O diagnóstico de AIDS é feito a partir da verificação de que o paciente possui contagem de células T CD4⁺ abaixo de 200/mm³ sendo considerado valores normais em torno de 1500/mm³.

2.2. Histórico e epidemiologia de AIDS

A AIDS foi primariamente identificada no início da década de oitenta, inicialmente nos moradores de Nova Iorque e São Francisco, em sua maioria homens e homossexuais, os quais chegavam aos consultórios médicos apresentando sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocytis carinni* e comprometimento do sistema imunológico, o que levou a possibilidade de se estar perante a uma nova doença, ainda não classificada e de etiologia infecciosa e transmissível (BRASIL, 2006).

Como relatado por Grego *et al.* (2016), o início da resposta brasileira ao recrudescimento da AIDS ocorreu em meados da década de 80, quando o tripé, estado, academia e a sociedade civil, finalmente decidiu analisar a situação. Somada a isso, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi crucial para a implementação do Controle das DST/AIDS.

Em 1991, o Brasil iniciou a distribuição gratuita do antirretroviral Zidovudina ou Azidotimidina (AZT), pelo SUS, uma vez que nesse período órgãos supranacionais, como a

Organização das Nações Unidas (ONU), alertavam sobre a maleficência da AIDS, considerando-a uma grande ameaça e apontando soluções para sua erradicação. Em 2007, o governo brasileiro licenciou compulsoriamente os medicamentos antirretrovirais (ARV), o que permitia a fabricação local e a redução nos custos de tratamento, com economia programada em 236 milhões de reais em custos de tratamento até 2012 (Grego *et al.*, 2016).

Além do mais, em janeiro de 2016, foi aprovada a Recomendação 02/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a qual permite aos médicos, quando necessário e de forma não compulsória, indiquem aos seus pacientes sorologia de HIV, sífilis e hepatites B e C. Ademais, o momento da consulta também se torna pertinente conversar com o paciente sobre sexualidade e prevenção (CFM, 2016).

Os estudos demonstraram a maior prevalência de HIV em determinados grupos sociais. São eles, os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), principalmente homossexuais, se enquadram como o maior grupo de risco, seguidos por mulheres transexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI) e parceiros não infectados em casais sorodiscordantes (RAVASSI *et al.*, 2016; ZUCCHI *et al.*, 2018). Além disso, um estudo realizado por Luz *et al.* (2018), comprovou que o maior grupo que utiliza a PrEP, no Brasil, é a população HSH, com idade entre 15 e 64 anos.

Grandes investimentos em prevenção e assistência ao HIV nos Estados Unidos (EUA) trouxeram resultados positivos. Nos últimos anos, houve uma redução de 69% da mortalidade e de 48% de novos casos diagnosticados. Mesmo assim, em 2017 a incidência foi de 38.000 casos, apesar de ser um número expressivo os dados indicam uma redução de 7% em relação ao ano de 2012. Em 2017, 81% das pessoas diagnosticadas eram adolescentes e adultos do sexo masculino e 67% dos contágios foi atribuído ao contato sexual entre homens. Atualmente, 1.1 milhão de pessoas nos EUA estão infectadas pelo HIV (NOSYK *et al.*, 2020).

No Brasil, dados mostram que houve aumento da prevalência de HIV entre indivíduos que se declaravam HSH. Em 2009, 12.1% apresentavam sorologia positiva, aumentando para 18.4% em 2016. Porém, esse número apresenta-se atrelado ao exponencial aumento de 140% dos casos em homens com menos de 25 anos de idade. Estudos relatam que o número elevado de jovens HSH soropositivos deve-se a baixa educação sexual, alto comportamento sexual de risco e pouca realização de testes sorológicos (ROCHA *et al.*, 2019).

Concomitantemente, em um panorama mundial, há um crescente número de pessoas infectadas pelo vírus do HIV. Diante disso, estimativas do programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS informaram que em 2017 havia um total de 44 milhões de infectados no mundo (TRIGO; COSTA, 2016). Já no Brasil, segundo o Ministério da Saúde

(2019), os casos de AIDS, identificados por meio do ano de diagnóstico, de 2015 a 2019 foi de 170.513 casos. Seguindo os mesmos parâmetros, no estado de Goiás houve um total de 4.469 casos e na cidade de Anápolis, 148 casos.

O maior comportamento de risco para infecção por HIV se caracteriza na não proteção durante a atividade sexual anal. Isso se deve à alta fragilidade da mucosa retal e a ausência de proteção imune celular local. Além disso, fatores como primeira atividade sexual precoce, parceiros sexuais múltiplos e alta proporção de sexo anal desprotegido, associado ao deficitário acesso a programas de prevenção e serviços de saúde, ajudam a explicar a diferença entre de incidência e prevalência de soropositividade entre heterossexuais e HSH (ROCHA *et al.*, 2019).

2.3. Fisiopatologia HIV/AIDS e quadro clínico

A infecção por esse vírus provoca uma disfunção imune ampla, com depressão imunológica no âmbito da ativação do sistema imunológico. Isso ocorre porque o HIV danifica o principal componente do sistema imunológico que é o linfócito T CD4+, responsável por articular a resposta imunológica aos microrganismos invasores. Essas células são invadidas pelo vírus que acoplam o DNA viral ao DNA celular. A célula de defesa não consegue matá-lo e é forçada a produzir proteínas virais até que ocorra a morte celular. O organismo estabelece uma imunodeficiência devido a apoptose dessas células, abrindo espaço para infecções oportunistas (ABBAS; LICHTMAN; SHIV, 2013).

O período de latência pode ser diferente de acordo com cada pessoa, podendo percorrer de meses a anos. Dessa maneira, só acaba quando o doente começa uma fase da patologia onde os sintomas são mais específicos como febre, perda ponderal, astenia e manifestações de doenças oportunistas. Essa síndrome apresenta-se associada a uma elevada taxa de carga viral, devido a replicação do vírus, estimando uma conta de 1 bilhão de cópias novas por dia (TRIGO; COSTA, 2016).

A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a AIDS. (BRASIL, 2020).

A patologia apresenta uma infecção aguda sintomática em cerca de 50% a 90% dos enfermos infectados. As principais queixas são febre, mialgias, cefaleias, odinofagias, adenomegalias, exantemas morbiliforme, úlceras cutâneas e enantema palatino. Esses sintomas aparecem em um período de 2 a 4 semanas da exposição e tem duração de 2 semanas (TRIGO; COSTA, 2016).

2.4. Tratamento AIDS

Os primeiros medicamentos ARVs surgiram na década de 1980. Eles agem inibindo a multiplicação do HIV no organismo e, conseqüentemente, evitam o enfraquecimento do sistema imunológico. O desenvolvimento e a evolução dos antirretrovirais para tratar o HIV transformaram o que antes era uma infecção quase sempre fatal em uma condição crônica controlável, apesar de ainda não haver cura (BRASIL, 2020).

Por isso, o uso regular dos ARVs é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a AIDS (LIMA *et al.*, 2020). A boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) traz grandes benefícios individuais, como aumento da disposição, da energia e do apetite, ampliação da expectativa de vida e o não desenvolvimento de doenças oportunistas (BRASIL, 2020).

Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente todos os medicamentos antirretrovirais e, desde 2013, o SUS garante tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente da carga viral (BRASIL, 2020).

Também pode-se dizer que o tratamento pode ser usado como uma forma de prevenção muito eficaz para pessoas vivendo com HIV, evitando, assim, a transmissão do HIV por via sexual (BRASIL, 2020).

2.5. Prevenção AIDS

2.5.1. Definição da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP, sigla do inglês Post-Exposure Prophylaxis) consiste no uso de ARV com o intuito de diminuir o risco de adquirir a infecção pelo HIV após situação de risco (BRASIL, 2021).

A PEP é composta pelo Tenofovir (TDF) ou Lamivudina (3TC) mais Dolutegravir (DTG). O esquema preferencial utilizado é 1 comprimido de TDF ou 3TC mais 1 comprimido de DTG ao dia por 28 dias seguidos (BRASIL, 2021).

O início da conversa acerca de PEP é uma forma de introduzir a oferta de prevenção combinada, sendo esta prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ao HIV e às hepatites virais. Ela é composta pelo tripé de intervenções: biomédico, comportamental e estrutural, de forma que o usuário tenha soluções para suas questões por meio da escuta ativa contendo atenção e respeito (Brasil, 2020).

Para se iniciar o uso de PEP é preciso que o material biológico, o qual a pessoa entrou em contato, seja de risco para a transmissão do HIV (sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas, líquido amniótico e líquido), o tipo de exposição seja de risco (percutânea,

membranas mucosas, cutânea com pele não íntegra e mordedura com presença de sangue), o tempo do acontecimento seja de menos de 72 horas e o paciente não seja reagente para HIV no momento do atendimento (teste rápido com resultado negativo). Se todas as afirmativas forem verdadeiras é indicado o uso de PEP (BRASIL, 2021).

A efetividade do tratamento está interligado diretamente ao uso correto pelos 28 dias, contudo, a baixa adesão ao tratamento principalmente por adolescente e aqueles que sofreram violência sexual é comum (FORD *et al.*, 2014).

2.5.2. Definição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP, sigla do inglês Pre-Exposure Prophylaxis) consiste no uso de ARV específico para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

A PrEP é a combinação de dois antirretrovirais, o Tenofovir (TDF) e a Emtricitabina (FTC), comercializado sobre o nome de Truvada®. O medicamento é administrado por via oral na posologia de 1 comprimido ao dia e apresenta eficácia de 99% na redução de infecção nos grupos HSH e transexuais (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2020).

A PrEP não é para todos, ela é indicada para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV. Deve-se considerar usar a PrEP quando o paciente fizer parte de um desses grupos: homossexuais e outros HSH; pessoas transexuais; trabalhadores (as) do sexo. Além disso, se: frequentemente deixa de usar camisinha em relações sexuais (anais ou vaginais); tem relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em tratamento, faz uso repetido de PEP ou apresenta episódios frequentes de ISTs (BRASIL, 2018).

2.5.3. Diferenças entre PEP e PrEP

Além de se tratarem de abordagens em momentos distintos de risco de infecção, a PEP é recomendada em casos de violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional com contato com material biológico de risco, enquanto a PrEP é indicada para HSH, pessoas transexuais e trabalhadores(as) do sexo (CARVALHO; AZEVÊDO, 2019).

A transferência de PEP para PrEP é possível se houver acompanhamento contínuo e averiguação de risco de novas exposições ao vírus. A mudança de um tratamento para outro mostra-se uma nova forma de prevenção e tratamento do HIV, contudo o grande empecilho é a falta de adesão com a PrEP, principalmente após 4 semanas de início de uso (O'BRYNE; ORSER; VANDYK, 2020).

2.5.4. Acessibilidade

Desde 2010, pesquisas vêm comprovando a efetividade do uso de antirretrovirais para a profilaxia ao HIV. Em 2012, o uso da Truvada foi aprovado pelos Estados Unidos e, recentemente, o Centro de Controle de Doenças (CDC) recomendou o uso do medicamento como prevenção. A partir disto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu o potencial da PrEP no combate à epidemia de HIV/AIDS e recomendou o desenvolvimento de pesquisas que analisassem as especificidades populacionais, geográficas, culturais e dos sistemas de saúde para melhor implantar o método profilático, mundialmente. No Brasil, a PrEP foi aprovada e tornou-se disponível no SUS em 2018 (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2020).

A PrEP está disponível em mais de 20 países em todo o mundo (GAFOS *et al.*, 2019), mas o acesso geralmente é ruim em pequenas áreas urbanas e rurais devido ao estigma e longas distâncias para obter acesso à medicação (HOTH *et al.*, 2019). Os pacientes que já usavam PrEP iniciaram 94% das conversas sobre o medicamento com novos usuários e 35% dos pacientes apresentaram atrasos na recepção da PrEP, variando de 6 semanas a 16 meses. Mais de 70% dos casos evidenciaram barreiras ao acesso. As barreiras incluíram lacunas no conhecimento do provedor sobre a PrEP e sistemas de saúde relacionados, confusão ou desacordo sobre o alcance da clínica e atitudes ou estigmas associados aos pacientes que procuram a medicação (SKOLNIK *et al.*, 2019).

Dados de monitoramento da PrEP no Brasil no período de 01/01/2018 a 31/12/2020 constatou 158.836 dispensações da combinação de TDF/FTC para 33.349 usuários. No estado de Goiás, foram feitas 4239 dispensações, tendo nesse período 1.130 novos usuários de PrEP (Brasil, 2021)

Além disso, um estudo comparando estratégias de profilaxia utilizando PrEP ou não em pacientes com alto risco para infecção por HIV, apontou um potencial problema que é o custo da utilização da PrEP para os órgãos públicos. Durante 5 anos uma pessoa gasta \$890 utilizando a PrEP, enquanto que o paciente sem uso de PrEP gasta \$47. Quando se pensa em longo prazo, para o usuário de PrEP, o custo mais que dobra (de \$4100 sem PrEP para \$8420). Apesar do valor, o uso de PrEP mostrou-se custo-efetiva se a incidência for maior que 0.4% (LUZ *et al.*, 2018).

A forma de administração mais utilizada é a por via oral, novas formas estão sendo desenvolvidas como alternativas mais cômodas e efetivas. Como medicamentos injetáveis, o Cabotegravir e a Rilpivirina, ambos apresentando extensa meia vida de duração, quando administrados por intramuscular, estão em fases de estudo, inclusive no Brasil, para atestar a

margem de segurança e efeitos adversos. Apesar dos altos custos, uma segunda alternativa para a via oral é a utilização de anticorpos monoclonais neutralizadores de HIV-1, intravenoso, que está sendo estudada com resultados previstos para 2020. Anéis vaginais de Dapirivina, que também estão em fase de teste, demonstraram redução de risco de infecção por HIV em 63% casos. Outros agentes tópicos como Tenofovir gel, filme dissolvente e tabletes vaginais ainda estão em teste. Por último, existem propostas de utilização de implantes subdermais, que ainda não possuem estudos associados, mas sabe-se que possibilitariam alavancar as opções atuais de administração do medicamento (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2020).

2.5.5. Importância econômica, social e cultural

A PrEP fornece uma opção adicional crítica e necessária para a prevenção do HIV, que pode ser associada a outras estratégias existentes para melhorar a proteção. Com uma pílula diária, oferece proteção no contexto de culturas sexuais associadas ao uso sexual de drogas, aplicações injetáveis e mudanças nas normas sociais em relação à realização sexual e à tomada de riscos. Pode-se oferecer opções de curto ou longo prazo para os indivíduos, à medida que seus desejos sexuais mudam ao longo de sua vida, oferecendo proteção contra o HIV durante períodos de maior risco. A PrEP não deve ser percebida ou posicionada em oposição ao kit de ferramentas de prevenção ao HIV, já existente, mas como aditivo e como uma ferramenta que pode e está tendo um impacto substancial nas taxas de infecção por HIV (GAFOS *et al.*, 2019).

O estudo de Gafos *et al.* (2019) demonstrou impactos diversos da PrEP, sendo substancial no comportamento sexual para alguns participantes. A realidade, para a maioria, era que a inconsistência do uso do preservativo em contextos sexuais de maior risco significava que a PrEP era uma adição benéfica, independentemente das mudanças em outras estratégias de prevenção.

2.5.6. Mecanismo de ação

O disoproxilfumarato de tenofovir é uma pró-droga, que é convertida *in vivo* a Tenofovir, um análogo nucleosídeo fosfonado (nucleotídeo) acíclico da adenosina. Esse medicamento inibe competitivamente a transcriptase reversa do HIV e determina a interrupção da cadeia após a sua incorporação ao DNA (KATZUNG *et al.*, 2006).

A Emtricitabina é um nucleosídeo sintético análogo da citidina com atividade específica para o vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2) e vírus da hepatite B (HBV). A Emtricitabina é fosforilada por enzimas celulares para formar a emtricitabina 5'-trifosfato a qual inibe competitivamente a transcriptase reversa do HIV-1, por terminação da cadeia de

DNA. O fármaco é um inibidor fraco das DNA polimerases α , β e ϵ dos mamíferos e da DNA polimerase gama mitocondrial (DROGAN *et al.*, 2010).

2.5.7. Efeitos Adversos

Os efeitos colaterais mais comuns do Tenofovir consistem em queixas gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia e flatulência, porém a sua ocorrência raramente exige a interrupção da terapia. Os estudos pré-clínicos realizados com várias espécies de animais demonstraram uma toxicidade óssea, como por exemplo, osteomalácia. Todavia, não houve, até o momento, evidência de toxicidade óssea nos seres humanos (KATZUNG *et al.*, 2006).

Na prática clínica, a toxicidade por Emtricitabina é incomum. Os efeitos adversos mais comuns são diarreia, dor de cabeça, náuseas e erupção cutânea. Estes sintomas são geralmente de gravidade leve a moderada. Descoloração da pele, que normalmente é relatado como hiperpigmentação e geralmente afeta tanto as palmas das mãos ou as solas dos pés, é relatado em menos de 2% dos indivíduos e é quase exclusiva para doentes de origem africana (DROGAN *et al.*, 2010).

2.5.8. Benefícios x Malefícios

De acordo com Mauck *et al.* (2020), a PrEP, se utilizada diariamente, reduz a taxa de transmissão do HIV em 92%. E ainda, se usada de modo intermitente, pode trazer benefícios para populações com risco pouco frequente.

Entre os GBMSM (*Gay, Bisexual and Other Man Who Have Sex With Man*), sigla em inglês para incluir gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens e grupos de alto risco que relatam sexo regular sem preservativo, a oferta de PrEP reduziu drasticamente a infecção por HIV e não teve impacto nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), apesar de uma sugestão de menor uso de preservativo entre uma pequena proporção de usuários de PrEP (GAFOS *et al.*, 2019). No entanto, para Montañó *et al.* (2020), é observado uma maior prevalência de ISTs durante o uso de PrEP em comparação com antes do início do uso do medicamento em pacientes HSH, também relacionado à diminuição do uso de preservativos.

Estudo realizado em uma coorte de GBMSM, com alto risco de HIV, devido ao uso inconsistente de outras opções de prevenção a PrEP forneceu uma opção adicional de prevenção a infecção por HIV (GAFOS *et al.*, 2019).

Após o início do uso de PrEP foi visto que 43% diminuíram o número de parceiros compostos por gays, HSH e homens trans, contudo 47% diminuíram o uso de preservativo,

sendo maior parte composta por gays e HSH (Brasil, 2021). Evidenciando um descuido por parte da população citada mesmo diminuindo a quantidade de parceiros.

2.5.9. Papel dos profissionais de saúde

Em pesquisa realizada por Devarajan *et al.* (2019), apesar do impasse individual da aceitação da PrEP por parte dos pacientes, há também uma barreira por parte do provedor, com o estigma de que com o uso da PrEP haverá um comportamento de compensação de risco com o uso inadequado de preservativos e múltiplos parceiros sexuais.

Participantes do estudo realizado por Devarajan *et al.* (2019) descreveram experiências positivas com relação a comunicação com os prestadores de PrEP, quando estes apresentaram diálogos abertos sobre a saúde sexual, recomendando testes apropriados de IST e educação do paciente. Contudo, quando essa comunicação era restrita e especialmente por meio de uma lista de verificação de riscos sexuais para avaliar os comportamentos sexuais, diversos participantes sentiram-se incomodados e com dificuldades para se expressar. Além disso, percepções errôneas dos provedores sobre o comportamento sexual dos participantes acarretaram um sentimento de desconforto, já que metade dos entrevistados relataram que os provedores continham estereótipos acerca de suposições falsas sobre comportamentos sexuais de homens com homens.

Em estudos realizados por Henny *et al.* (2019) e Silva (2019), verificou-se que prestadores da rede primária da saúde, apesar do importante papel na saúde pública e prevenção ao HIV, não possuem o conhecimento, técnicas e treinamento necessários para a prescrição adequada de PrEP. Somente um terço dos profissionais da área pesquisada eram treinados para interferência relacionada ao HIV, o que demonstra os obstáculos que a implantação adequada da PrEP enfrenta anos após sua aplicação.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Verificar o conhecimento da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) por médicos no Estado de Goiás.

3.2. Objetivos Específicos

- Delinear o conhecimento subjetivo dos médicos sobre a PrEP;
- Quantificar as prescrições de PrEP realizadas pelos profissionais;
- Analisar o conhecimento objetivo sobre a PrEP.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo envolvendo médicos residentes e atuantes no Estado de Goiás.

4.2. População de estudo

Para composição do cálculo amostral foi levado em consideração o número de 16.739 médicos, com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO). Para tanto, levou-se em consideração uma perspectiva, baseada em estudos de Turndrup *et al.* (2019), e Silva (2019), de que apenas 20% destes teriam o conhecimento completo sobre a prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. Para o cálculo também foi considerado um erro padrão de estimativa de 5% com uma abrangência de dois desvios padrão.

Diante de tal aspecto, chegou-se a um cálculo de amostra representativa populacional de 143 médicos. Este cálculo foi realizado através da fórmula para amostra finita de Levin (1987).

4.3. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão da pesquisa são: ser médico com inscrição ativa no CREMEGO, que trabalhe em qualquer serviço de saúde do Estado de Goiás e que concorde com preenchimento do questionário.

4.4. Critérios de exclusão

Foram desconsideradas as repostas repetidas enviadas pelo mesmo questionado, sendo considerado somente o primeiro envio.

4.5. Coleta de dados

Para a coleta de dados, um questionário (Apêndice 1) foi aplicado através da plataforma Google Forms

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeswuNULmzx7im02pGgMBj8WNe-iQffOr3N9J_3I3WESCfGfA/viewform), criado a partir de um e-mail particular para a presente pesquisa. O convite para participação da pesquisa se deu de forma virtual, encaminhado através de informações pessoais de médicos que estão em domínio público, como sites de busca, clínicas de saúde e redes sociais, como o Instagram. Juntamente com o convite para

participação, foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob parecer número 4.461.439 (Anexo 1). O preenchimento do questionário só foi liberado após a aceitação, pelo questionado, do documento de consentimento.

O questionário utilizado por essa pesquisa foi adaptado de Terndrup *et al.* (2019) e Silva (2019), e está dividido em três partes, sendo a primeira de cunho sociodemográfico contendo perguntas acerca do sexo, cor, identidade de gênero, orientação sexual, religião, estado civil e trabalho. A segunda parte objetiva a análise do conhecimento subjetivo dos médicos sobre a PrEP, com a marcação de respostas em que os questionados se inserem. Por fim, a terceira parte tem por objetivo averiguar os conhecimentos objetivos dos médicos acerca medicação e da prescrição da PrEP, com a existência de respostas corretas e erradas.

Na finalização do questionário, os pesquisados tiveram acesso a uma cartilha (Apêndice II) formulado por esse grupo de pesquisa, de forma a trazer benefícios à pesquisa e propagação de informações científicas sobre o assunto.

4.6. Análise de dados

Para cumprir os objetivos do estudo, os dados serão apresentados na forma de frequência simples e percentual em tabelas.

Para tanto, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0 com licença de uso para Universidade Evangélica de Goiás, UniEVANGÉLICA.

5. RESULTADOS

Foram respondidos 152 questionários, sem duplicação de envio. Foram realizadas oito perguntas acerca de questões socioculturais que geraram os resultados apresentados na Tabela 1. Quanto ao sexo de nascimento, 87 (57,2%) responderam ser do sexo masculino. Acerca da cor, a maioria, 104 (68,4%) responderam ser brancos. Ademais, no quesito de identidade de gênero, 151 (99,3%) se identificaram como homem ou mulher cis. Acerca da orientação sexual, 136 (89,5%) médicos afirmaram ser heterossexuais.

No que tange o estado civil, 75 (49,3,6%) declararam serem casado/a. A respeito da religião, 81 (53,3%) médicos alegaram serem católicos. Em relação ao ambiente de trabalho, 85 (55,9%) trabalha em ambiente tanto público quanto privado.

No que diz respeito ao tempo, em anos, de conclusão da graduação ou da sua especialização, 100 (65,8%) médicos entrevistados finalizaram sua graduação nos últimos 10 anos. E em relação às especializações, destaca-se 13 (8,5%) médicos generalistas, 21 (13,8%) com especialização em clínica médica, 09 (5,9%) em Medicina de Família e Comunidade e 04 (2,6%) em infectologia.

Tabela 1. Características Socioculturais (n=152)

Características socioculturais	n (%)
Sexo	
Masculino	87 (57,2)
Feminino	65 (42,8)
Raça/cor	
Branca	104 (68,4)
Parda	45 (29,6)
Preta	01 (0,6)
Indígena	00 (0,0)

Amarela	02 (1,3)
---------	----------

Identidade de gênero

Mulher cis	65 (42,8)
------------	-----------

Homem cis	86 (56,6)
-----------	-----------

Mulher trans	00 (0,0)
--------------	----------

Homem trans	00 (0,0)
-------------	----------

Não binário	01 (0,6)
-------------	----------

Outra	00 (0,0)
-------	----------

Orientação sexual

Heterossexual	136 (89,5)
---------------	------------

Lésbica	03 (1,9)
---------	----------

Gay	10 (6,5)
-----	----------

Bissexual	02 (1,3)
-----------	----------

Pansexual	01 (0,6)
-----------	----------

Assexual	00 (0,0)
----------	----------

Estado civil

Solteiro/a	75 (49,3)
------------	-----------

Casado/a	73 (48,0)
----------	-----------

Viúvo/a	00 (0,0)
---------	----------

Divorciado/a	03 (1,9)
--------------	----------

Outro	01 (0,6)
-------	----------

Religião

Católica	81 (53,3)
----------	-----------

Protestante ou evangélica	34 (22,7)
---------------------------	-----------

Espírita	21 (13,8)
----------	-----------

Umbanda ou candomblé	00 (0,0)
----------------------	----------

Outra	06 (3,9)
-------	----------

Nenhuma	11 (7,2)
---------	----------

Trabalha em ambiente

Privado	26 (17,1)
---------	-----------

Público	41 (27,0)
---------	-----------

Ambos	85 (55,9)
-------	-----------

Tempo desde a conclusão da graduação (em anos)

0 a 10	100 (65,8)
--------	------------

11 a 20	34 (22,4)
---------	-----------

21 a 30	10 (6,5)
---------	----------

31 a 40	07 (4,6)
---------	----------

> 40	01 (0,6)
------	----------

Especializações

Generalista	13 (8,5)
-------------	----------

Clínica Médica	21 (13,8)
Infectologia	04 (2,6)
Medicina de Família e Comunidade	09 (5,9)
Outros	105 (69,0)

Fonte: Autoria própria (2021).

Em relação à parte do questionário que objetiva pesquisar o conhecimento autodeclarado do participante, 132 (86,8%) médicos afirmaram possuir conhecimento prévio sobre a PrEP antes da breve explicação da mesma. Quanto ao uso da PrEP, 95 (62,5%) médicos informaram que seriam capazes de averiguar a necessidade do medicamento.

Ademais, quando questionados a apresentarem conhecimento suficiente para educar os pacientes sobre a PrEP, 71 (46,7%) médicos informaram que não teriam conhecimento suficiente para tal.

Seguindo com o questionário, em relação à pergunta sobre o conhecimento da monitorização da aderência, toxicidade e outras doenças sexualmente transmissíveis (ISTs) no paciente em uso de PrEP, 82 (53,9%) médicos responderam negativamente. Além disso, quando abordados sobre a necessidade de maior treinamento para a prescrição da PrEP, 129 (84,9%) médicos relataram precisar de mais treinamento.

Sobre a pergunta se já atenderam algum paciente que perguntou sobre a PrEP, 110 (72,3%) responderam nunca ter atendido. E quando questionados se já iniciaram uma conversa sobre a PrEP com um paciente, 96 (63,1%) médicos responderam negativamente. Por fim, sobre a prescrição da PrEP, 133 (87,5%) médicos responderam não ter prescrito a PrEP. Dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Conhecimento subjetivo dos médicos sobre a PrEP (n=152)

Perguntas	Verdadeiro	Falso	Não sei dizer
	n (%)	n (%)	n (%)

Já ouvi falar sobre a PrEP antes dessa breve explicação.	132 (86,8)	16 (10,5)	04 (2,6)
Consigo averiguar a necessidade de uso de PrEP do meu paciente.	95 (62,5)	38 (25,0)	19 (12,5)
Tenho conhecimento suficiente para educar meus pacientes sobre PrEP.	58 (38,2)	71 (46,7)	23 (15,1)
Sei monitorar aderência, toxicidade e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no paciente em uso de PrEP.	49 (32,2)	82 (53,9)	21 (13,8)
Sinto que preciso de mais treinamento para prescrever a PrEP.	129 (84,8)	16 (10,5)	07 (4,6)
Já atendi pacientes que me perguntaram sobre a PrEP.	42 (27,6)	110 (72,3)	00 (0,0)
Já iniciei uma conversa sobre PrEP com um paciente.	54 (35,5)	96 (63,1)	02 (1,3)
Já prescrevi PrEP para algum paciente.	17 (11,2)	133 (87,5)	02 (1,3)

Fonte: Autoria própria (2021). PrEP: Profilaxia Pré-Exposição; ISTs: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Analisando os dados obtidos pelo questionário, é possível afirmar que a maioria dos médicos nunca prescreveram PrEP para nenhum paciente representando 129 (84,8%) respostas com essa alternativa, conforme Tabela 3.

Além disso, quando questionados se possuíam pacientes infectados com HIV, 68 (44,7%) médicos informaram que não continham e 68 (44,7 %) relataram possuir na faixa de 1 a 10 pacientes com HIV.

Posteriormente, avaliou-se objetivamente o conhecimento de profissionais médicos a respeito do uso da PrEP para determinados grupos. Detalhado no final da tabela, 93 (61,1%) médicos creem que não há grande evidência de uso da PrEP em indivíduos heterossexuais na prevenção de infecção por HIV e 38 (25,0%) médicos creem que não há grande evidência do uso de PrEP em usuários de drogas injetáveis

Tabela 3. Quantificação das prescrições de PrEP e pacientes HIV positivos (n=152)

Perguntas	Quantidade de Pacientes
	n (%)
Já prescrevi PrEP para algum paciente	
0 pacientes	129 (84,8)
1-10 pacientes	18 (11,8)
11-20 pacientes	01 (0,6)
21-50 pacientes	01 (0,6)
51-100 pacientes	01 (0,6)
101+ pacientes	02 (1,3)
Dos pacientes que cuida atualmente, são infectados pelo HIV	
0 pacientes	68 (44,7)
1-10 pacientes	68 (44,7)
11-20 pacientes	06 (3,9)
21-50 pacientes	05 (3,2)
51-100 pacientes	01 (0,6)
100+ pacientes	04 (2,6)

Qual das seguintes situações não é um uso de grande evidência de PrEP na prevenção de infecção por HIV?

Indivíduos bissexuais	04 (2,6)
Indivíduos heterossexuais	93 (61,1)
Casais sorodiscordantes (um deles é HIV positivo e outro é HIV negativo)	17 (11,1)
Usuários de drogas injetáveis	38 (25,0)

Fonte: Autoria própria (2021). PrEP: Profilaxia Pré-Exposição; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

Na Tabela 4, estão descritos os resultados sobre as indicações que levariam a prescrição de PrEP. De acordo com as respostas, dentro os entrevistados, 83 (54,6%) não prescreveriam PrEP para mulheres que fazem sexo com homens. Por outro lado, houve uma grande diferença em relação a prescrição para o grupo de homens que fazem sexo com outros homens (HSH), de forma que 124 (81,5%) médicos prescreveriam a PrEP e 28 (18,5%) não o fariam.

Tabela 4. Prescrição de PrEP de acordo com o comportamento sexual (n=152)

Perguntas	Prescreveria	Não prescreveria
	n (%)	n (%)
Avalie o risco das seguintes situações e escolha se prescreveria PrEP ou não		
Mulher que faz sexo com homem	69 (45,3)	83 (54,6)
Homem que faz sexo com mulher	62 (40,7)	90 (59,2)
Homem que faz sexo com homem	124 (81,6)	28 (18,4)
Homem que faz sexo com homem e mulher	127 (83,5)	25 (16,5)
Pessoa usuária de drogas injetáveis	115 (75,6)	37 (24,4)

Fonte: Autoria própria (2021). PrEP: Profilaxia Pré-Exposição.

Na Tabela 5, os resultados demonstram que dos médicos, 147 (96,7%) afirmaram que mulheres que tem como parceiros HIV positivos são passíveis de prescrição da PrEP. Já no grupo de mulheres que fazem sexo desprotegido com múltiplos parceiros sem saber o sorotipo HIV, 139 (91,4%) médicos prescreveriam o coquetel. No grupo de homens que tem como parceira feminina HIV positivo obteve a mesma porcentagem do grupo anterior, 137 (90,1%) médicos afirmaram serem passíveis de prescrição. Por outro lado, apenas 15 médicos (9,8%) consideraram não passíveis de prescrição da PrEP os homens que fazem sexo desprotegido com múltiplos parceiros sem saber o sorotipo HIV.

Tabela 5. Prescrição de PrEP de acordo com categoria de risco (n=152)

Perguntas	Passível de prescrição	Não passível de prescrição
	n (%)	n (%)
A seguir escolha segundo a categoria de risco, se a pessoa em questão é passível de prescrição ou não, assumindo que houve resultado HIV negativo recente e possui acesso à medicação		
Uma mulher que tem como parceiro masculino conhecido por ser HIV-positivo.	147 (96,7)	05 (3,3)
Uma mulher que faz sexo desprotegido com múltiplos parceiros masculinos sem saber o sorotipo HIV.	139 (91,4)	13 (8,5)
Um homem que tem como parceira feminina conhecida por ser HIV positivo.	137 (90,1)	15 (9,8)
Um homem que faz sexo desprotegido com múltiplos parceiros masculinos sem saber o sorotipo HIV.	136 (89,4)	16 (10,5)
Um homem que tem como parceiro masculino conhecido por ser HIV positivo.	143 (94,0)	09 (5,9)
Um homem que realiza sexo anal desprotegido com múltiplos parceiros masculinos.	139 (91,4)	13 (8,5)
Uma pessoa com história de múltiplas doenças sexualmente transmitidas (como clamídia, gonorreia).	131 (86,1)	21 (13,8)

Uma pessoa que fez uso de drogas injetáveis nos últimos 6 meses e dividia a agulha.	113 (74,3)	39 (25,6)
Uma pessoa que tem feito uso contínuo de metadona pelos últimos 6 meses, mas tem uso contínuo de drogas injetáveis.	105 (69,0)	47 (30,9)
Uma gestante soronegativa com parceiro soropositivo.	119 (78,2)	33 (21,7)

Fonte: Autoria própria (2021). PrEP: Profilaxia Pré-Exposição; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

6. DISCUSSÃO

Existem vários fatores que influenciam na eficaz distribuição e uso de PrEP, que incluem usuários e provedores, como o estigma de que somente homens que fazem sexo com outros homens são eletivos ao uso do medicamento (LABORDE *et al.*, 2020), desconfiança pelo usuário de que o medicamento poderia facilitar a infecção pelo HIV (CAHILL *et al.*, 2017), preocupação de que para acessar o medicamento, muitas informações sobre o comportamento sexual do paciente deveriam ser reveladas ao médico (BROOKS *et al.*, 2011), necessidade de mais estudos sobre eficácia do medicamentos antes do médico prescrevê-lo (BLUMENTHAL *et al.*, 2015) e a falta de conhecimento e confiança dos médicos para a prescrição (CARTER *et al.*, 2019).

Após extensa procura na literatura disponível sobre o tema, não foi encontrado outro estudo, de procedência brasileira, que verificasse o conhecimento apenas de médicos em atuação no país, sendo eles integrantes ou não de programas de residência, isto é, médicos generalistas ou oriundos de qualquer especialização. No estudo de Silva (2019), foram aplicados questionários para profissionais de diversas áreas da saúde como: enfermagem, fisioterapia e odontologia. Já no estudo de Cerqueira (2019), os questionários foram aplicados para médicos residentes, alunos do internato de Moléstias Infecciosas e alunos da Liga de Prevenção e Tratamento da Infecção por AIDS/HIV.

No estudo canadense de Sharma *et al.* (2014), em que participaram apenas médicos especialistas em doenças infecciosas e clínicos gerais, 45,9% dos participantes se sentiram “muito familiarizados” com a PrEP e 45,4% dos entrevistados estavam dispostos a prescrevê-la. Os resultados do presente estudo apontam que a maior parte dos médicos afirmou ter conhecimento prévio sobre a PrEP (86,8%), todavia quando questionada sobre a compreensão necessária para averiguar a necessidade de tratamento e para monitorar aderência e toxicidade, as porcentagens se reduzem gradativamente para 62,5% e 32,2%, respectivamente, obtendo consonância com a descrição de familiaridade do estudo canadense.

No estudo atual, quanto ao questionamento da especialização médica, não houve restrição. Assim, 13,8% das respostas foram respondidas por clínicos, 8,5% por médicos generalistas, 5,9% pela especialidade de medicina da família e comunidade, 2,9% por infectologistas e outros cerca de 69%. Dessa forma, apesar de não haver restrições como na literatura Sharma *et al.* (2014), na qual foram entrevistados somente profissionais prováveis de realizar a prescrição da PrEP, como médicos de família, profissionais de saúde pública, especialistas em doenças infecciosas e internistas, não houve divergência de dados entre

conhecimento e prescrição. Vale ressaltar que no estudo Blumenthal *et al.*, 2015, foi analisado o conhecimento da PrEP entre provedores possíveis de não possíveis e notou-se que o conhecimento, a possibilidade de prescrição e análise de candidatos suscetíveis ao medicamento, os provedores possíveis detinham mais respostas favoráveis.

No estudo norte-americano de Blackstock *et al.* (2017) foi verificado o conhecimento sobre PrEP em médicos da atenção primária, e os resultados apontaram que 75% destes forneciam atendimento ambulatorial para pelo menos um paciente HIV positivo. No entanto, apesar da grande maioria da amostra do estudo estivesse ciente da PrEP, apenas um terço já havia prescrito ou encaminhado um paciente para PrEP e ,aproximadamente, um terço fez os dois. Comparado com o atual estudo realizado, há uma semelhança de dados. Nos resultados expostos 55,2% dos médicos continham pelo menos 1 paciente infectado pelo vírus do HIV, contudo, 84,8% não havia prescrito PrEP para algum paciente.

Além do mais, no mesmo estudo, ressalta-se que em comparação com os não adotantes da PrEP em suas consultas, os adotantes eram mais propensos a relatar um conhecimento autoavaliado excelente, muito bom ou bom da PrEP e de seus efeitos colaterais, e possuir extrema probabilidade de prescrever PrEP nos próximos 6 meses. A maioria dos adotantes e não adotantes percebeu a PrEP como moderadamente segura; no entanto, os não adotantes eram mais propensos a associarem a PrEP a um aumento dos comportamentos de riscos.

Tal associação demonstra uma percepção mais heteronormativa do provedor com relação a atividade sexual dos pacientes, o que acarreta diversos estigmas. Assim, no estudo Blackstock *et al.* (2017) 91% dos provedores se consideravam heterossexuais, no de Turndrup *et al.* (2019) a porcentagem subiu para 95% e em nosso estudo , 89,5%. Esses dados corroboram com a perspectiva do estudo de Devarajan *et al.* (2019) no qual analisa que as suposições dos provedores com relação a PrEP estão embasadas em diversos estigmas sociais e comparações que podem impactar negativamente na prescrição e na continuidade do tratamento.

Além disso, quanto a avaliação da identificação de gênero dos prescritores, entre as variáveis cis e trans, no estudo de Silva (2019) a variável trans apresentou apenas 1,8% de resposta e nos resultados do estudo atual não houve resposta. Dessa maneira, pela maioria dos provedores se autodeclararem cis, pode haver uma barreira quanto ao conhecimento das realidades dos grupos elegíveis ao uso da PrEP por parte desses provedores, já que a grande maioria não faz parte do público elegível para a PrEP.

Os achados do presente estudo apontam que uma minoria dos médicos participantes, 15,1%, já prescreveram PrEP. Essa baixa prescrição está em uniformidade com os estudos de

Sharma *et al.* (2014) e Turndrup *et al.* (2019), que demonstraram que 12,9% e 11% dos médicos, respectivamente, já o prescreveram. Os resultados de Blackstock *et al.* (2017), cujo estudo recrutou médicos em direto atendimento clínico, se apresentaram com a porcentagem mais elevada que os demais, em que, aproximadamente, um terço já havia prescrito ou encaminhado pacientes para o serviço de PrEP.

Quase metade dos participantes (45,4%) do estudo canadense (SHARMA *et al.*, 2014) estavam dispostos a prescrever PrEP, enquanto 4,7% não queriam e 50% não tinham certeza. No presente estudo, 62,5% dos médicos relataram que conseguiriam averiguar a necessidade do uso da PrEP e ter disposição para fazer a indicação. Porém, 46,7% concordavam que não tinha conhecimento suficiente para isso e 15,1% não soube informar.

No estudo norte-americano de Blumenthal *et al.* (2015), em que 60% dos participantes eram médicos, 13% eram enfermeiros e cerca de 6%, assistentes sociais e estudantes de medicina, verificou-se altos níveis de consciência sobre a PrEP, embora experiência limitada e disposição variável para prescrever o esquema terapêutico. Na análise dessa pesquisa, os escores médios de conhecimento da PrEP foram significativamente maiores para provedores de HIV. Os escores de conhecimento também foram maiores para: quem havia prescrito anteriormente Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quem perguntava sobre práticas sexuais e para quem se sentia confortável para determinar se alguém era um bom candidato. O que corrobora com os estudos de Sharma *et al.* (2014), Blackstoke *et al.* (2017) e Turndrup *et al.* (2019), em que esses profissionais de saúde têm consciência de parte teórica de PrEP, mas conhecimento restrito que concerne à prática, isto é, indicação, acompanhamento e efeitos adversos.

Ademais, os estudos supracitados são oriundos de países desenvolvidos, Canadá e Estados Unidos, e, por conseguinte, podem refletir outras realidades sociais e econômicas, que inegavelmente influenciam a saúde. Quando a abordagem é levada ao contexto de países em desenvolvimento, observa-se escassez de dados quanto ao conhecimento dos médicos ou mesmo um grupo mais amplo como profissionais da saúde. A nível nacional foram encontrados estudos de Silva (2019) e Cerqueira (2019), ambos incluíam diversos profissionais da saúde ou apenas infectologistas o que não evidencia o conhecimento do profissional médico de forma clara.

No continente Africano a comparação fica ainda mais restrita uma vez que ainda há a necessidade de uma grande amplificação dos investimentos, da implementação, da profilaxia, e da logística, conforme afirma Irungu *et al.* (2020), com a dúvida de que se esse serviço seria somente um adicional à um serviço de saúde sobrecarregado e com recursos limitados.

Na avaliação do conhecimento objetivo dos participantes sobre a prescrição ou não da PrEP em determinadas situações, tanto no estudo Turndrup *et al.* (2019) como nos resultados do presente estudo, cerca de 25% dos médicos não estavam dispostos a prescrever a PrEP para usuários de drogas injetáveis. Os resultados também não estão em consonância com o de Silva (2019), realizado em Porto Alegre, no qual 20,8% dos profissionais de saúde tinham suficiente conhecimento autoavaliado sobre a PrEP.

Existem limitações no presente estudo no que tange ao questionário. Não podemos averiguar se as informações prestadas pelos médicos pesquisados foram respondidas com sinceridade, e, devido a existência de respostas duplicadas, desconsideramos a segunda enviada, não sendo possível confirmação de qual resposta o entrevistado teria a intenção de computar. Além disso, não foram encontrados estudos brasileiros que englobem o conhecimento de PrEP especificamente por médicos, tornando a comparação de dados difícil de ser realizada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, conclui-se que o conhecimento dos médicos sobre a PrEP autoavaliado é, em média, 44,2% adequado, mas quando verificado objetivamente, em média 83,8% dos médicos em Goiás possuem conhecimento adequado sobre a categorização de risco para a prescrição da PrEP. Os resultados dessa pesquisa não estão em consonância com a hipótese prévia de que apenas 20% dos médicos teriam conhecimento suficiente, de acordo com a literatura comparativa. Porém, é importante ressaltar que não basta ter conhecimentos sobre os medicamentos, formas corretas de uso e prescrição, o médico precisa saber como orientar os pacientes sobre a utilização da terapêutica, além de outras orientações em relação ao manejo da prevenção do HIV, e nesse ponto, os médicos relatam, em sua maioria, precisar de mais informações e treinamentos.

Outro ponto que pode contribuir para os dados de nosso estudo terem sido discrepantes em relação ao esperado é que apesar dos médicos informarem que conhecem a PrEP, a maioria nunca abordou o assunto com seus pacientes, bem como não realizaram a prescrição do tratamento a nenhum paciente sob sua supervisão, mesmo atendendo pacientes HIV positivos. O que indica que profissionais com conhecimentos exclusivamente teóricos podem não se sentir aptos à orientação e indicação da proposta terapêutica.

Mesmo com o conhecimento de categorização de risco, é evidente a necessidade de um suporte contínuo em educação e capacitação para médicos, visando otimizar o impacto clínico na saúde pública desta importante estratégia de prevenção do HIV e, além disso, garantindo o acesso precoce dos grupos prioritários à profilaxia.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.; LICHTMAN, A.; SHIV, P. **Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência e Tratamento de DST/AIDS-SP. **Perguntas e respostas DST/AIDS**, São Paulo, SP, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Campanha de Prevenção à IST**. Disponível em: < <https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/usecamisinha/index.html> >. Acesso em: 05 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da AIDS**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>> Acesso em: 18 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sintomas e Fases da AIDS**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/sintomas-e-fases-da-aids>> Acesso em: 18 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tratamento para o HIV**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>>. Acesso em: 18 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Relatório de Monitoramento de Profilaxiais do HIV – PrEP e PEP 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção Pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. **Portaria PM-DST/AIDS - NO 364/2020-SMS-G**. Diário oficial da cidade de São Paulo. V. 65, n 188, p 21, 2020.

BLACKSTOCK, O. J. *et al.* A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. **Journal of general internal medicine**, v. 32, n. 1, p. 62-70, 2017.

BLUMENTHAL, J., *et al.* Knowledge is Power! Increased Provider Knowledge Scores regarding Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) are Associated with Higher Rates of PrEP Prescription and Future Intent to Prescribe PrEP. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 5, p. 802-810, 2015.

BROOKS, R. A., *et al.* Motivators, concerns, and barriers to adoption of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among gay and bisexual men in HIV serodiscordant male relationships. **AIDS Care**, v. 23, n. 9, p. 1136-1145, 2011.

CAHILL, S., *et al.* Stigma, medical mistrust, and perceived racism may effect PrEP awareness and uptake in black compared to White gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. **AIDS Care**, v. 29, n. 11, p. 1351-1358, 2017.

CARTER, M. R., *et al.* Knowledge, Attitudes, and PrEP Prescribing Practices of Health Care Providers in Philadelphia, PA. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 10, n. 0, p. 1-6, 2019.

CARVALHO, C. A.; AZEVÊDO, J. H. P. Do AZT à PrEP e à PEP, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 246-260, 2019.

CERQUEIRA, N. B. **Atitudes e Conhecimento dos Médicos Infectologistas sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV**. 2019. 82f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Recomendação n° 2/2016**. Brasília, 2016.

DEVARAJAN, S., *et al.* PrEP and sexual well-being: a qualitative study on PrEP, sexuality of MSM, and patient-provider relationships. **AIDS Care**, n. 32, v. 3, p. 386-393, 2019.

DROGAN, D., *et al.* The antiretroviral potency of emtricitabine is approximately 3-fold higher compared to lamivudine in dual human immunodeficiency virus type 1 infection/competition experiments in vitro. **Antiviral Research**, v. 86, n. 3, p.312-315, 2010.

Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz. **Profilaxia Pré Exposição Brasil - PrEP Brasil**. Disponível em: <<http://prepbrasil.com.br/>>. Acesso em: 10 de março de 2020.

FORD, N. *et al.* Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, v. 28, n. 18, p. 2721-2727, 2014.

GAFOS, M., *et al.* The context of sexual risky behavior among men who have sex with men seeking PrEP and the impact of PrEP on sexual behavior. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 7, p. 1708-1720, 2019.

GRECO, B. D., *et al.* Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.

HENNY, K. D., *et al.* HIV-Related Training and Correlates of Knowledge, HIV Screening and Prescribing of nPEP and PrEP Among Primary Care Providers in Southeast United States, 2017. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 11, p. 2926-2935, 2019.

HOTH, A. B., *et al.* Iowa TelePrEP: A Public-Health-Partnered Telehealth Model for Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Delivery in a Rural State. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 46, n. 8, p. 507-512, 2019.

IRUNGU, E. M. *et al.* PrEP rollout in Africa: status and opportunity. **Nature Medicine**, v. 26, p. 655–664, 2020.

KATZUNG, B. G. *et al.* **Farmacologia Básica & Clínica**. 9ª edição. Editora Guanabara Koogan, 2006.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LABORDE, N. D. *et al.* Understanding PrEP Persistence: Provider and Patient Perspectives. **AIDS and Behavior**, v. 24, n. 9, p. 2509-2519, 2020.

LEVIN, J. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ªEd. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.

LIMA, G. R. R. C. *et al.* Polimorfismos HIV: Impactos na TARV/HIV. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 31, n. 3, p. 84-89, 2020.

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

LUZ, P. M., *et al.* The cost-effectiveness of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women at high risk of HIV infection in Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, n. 3, p. e25096, 2018.

MAUCK, D. E., *et al.* Estimating the size of HIV-negative MSM population that would benefit from pre-exposure prophylaxis in Florida. **Annals of Epidemiology**, v. S1047-2797, n. 19, p. 30382-30385, 2020.

MONTAÑO, M. A., *et al.* Changes in Sexual Behavior and STI Diagnoses Among MSM Initiating PrEP in a Clinic Setting. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 2, p. 548-555, 2019.

NOSYK, B., *et al.* Ending the HIV epidemic in the USA: an economic modelling study in six cities. **The Lancet HIV**, v. 7, n. 7, p. 491-503, 2020.

O'BRYNE, P.; ORSER, L.; VANDYK, A. Immediate PrEP after PEP: Results from an Observational Nurse-Led PEP2PrEP Study. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**, v. 19, p. 1-7, 2020.

RAVASI, G., *et al.* Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 7, p. 21113-21118, 2016.

ROCHA, G. M., *et al.* High Rates of Unprotected Receptive Anal Intercourse and Their Correlates Among Young and Older MSM in Brazil. **AIDS and Behavior**, v. 24, n. 3, p. 938-950, 2019.

SHARMA, M. *et al.* Preparing for PrEP: perceptions and readiness of Canadian physicians for the implementation of HIV pre-exposure prophylaxis. **PLoS One**, v. 9, n. 8, p. e105283, 2014.

SILVA, L. C. **Preparades na APS: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde de Porto Alegre sobre a Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP)**. 2019. 116 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SKOLNIK, A. A., *et al.* Roadblocks to PrEP: Whats Medical Records Reveal About Access to HIV Pre-exposure Prophylaxis. **Journal of General Internal Medicine**, v. 35, n. 3, p. 832-838, 2019.

TERNDRUP C., *et al.* A cross-sectional survey of internal medicine resident knowledge, attitudes, behaviors, and experiences regarding pre-exposure prophylaxis for HIV infection. **Journal of general internal medicine**, v. 34, n.7, p. 1258-1278, 2019.

TRIGO, D.; COSTA, J. B. Infecção VIH: Epidemiologia, História Natural e Diagnóstico. **Revista SPDV**, v. 743, n. 4, p. 371-374, 2016.

TYAGI, M., *et al.* Mechanisms of HIV Transcriptional Regulation by Drugs of Abuse. **Current HIV Research**, v. 14, n. 5, p. 442-454, 2016.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Estatísticas Globais sobre HIV 2020**. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>> . Acesso em: 26 de setembro de 2021.

WHO, World Health Organization. **HIV/AIDS**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/#tab=tab_3>. Acesso em: 10 de março de 2020.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. e00206617, 2018.

9. APÊNDICES

9.1. Apêndice 1

QUESTIONÁRIO

Parte I

Responda às seguintes questões marcando ao que corresponde a suas informações socioculturais:

1. Sexo atribuído ao nascimento

- a) Feminino
- b) Masculino

2. Etnia:

- a) Preta
- b) Parda
- c) Indígena
- d) Amarela
- e) Branca

3. Identidade de gênero:

- a) Homem cis
- b) Homem trans
- c) Mulher cis
- d) Mulher trans
- e) Não binário
- f) Outra

Homem ou mulher cis = identifica com o sexo nascido

Homem ou mulher trans = não se identifica com o sexo nascido

Não-binário = não se identifica nem como homem nem como mulher

4. Orientação sexual:

- a) Lésbica
- b) Gay
- c) Bissexual
- d) Heterossexual
- e) Panssexual
- f) Assexual
- g) Outra

Lésbica = mulher que sente atração sexual por outra mulher

Gay = homem que sente atração sexual por outro homem

Bissexual = pessoa que sente atração sexual tanto por homens quanto mulheres

Heterossexual = pessoa que sente atração sexual pelo sexo oposto

Panssexual = pessoa sente atração sexual independente do gênero

Assexual = não sente atração sexual

5. Estado civil:

- a) Solteiro/a
- b) Casado/a
- c) Viúvo/a
- d) Divorciado/a
- e) Outro

6. Religião:

- a) Católico
- b) Protestante ou evangélica
- c) Espírita
- d) Umbanda ou candomblé
- e) Outra
- f) Nenhuma

7. Tempo desde a conclusão da graduação

_____ ano/s

8. Trabalha em ambiente:

- a) Público
- b) Privado
- c) Ambos

9. Qual sua especialização

Parte II

Leia o seguinte texto e marque “verdadeiro”, “falso” ou “não sei dizer” segundo seus conhecimentos sobre a PrEP.

PrEP significa “Profilaxia Pré-Exposição” do inglês “Pre-Exposure Prophylaxis”. Trata-se de um medicamento utilizado para prevenir a infecção pelo vírus HIV antes da exposição a ele. O uso é feito pela população de maior risco de infecção. Truvada é o medicamento mais usado, sendo uma combinação de dois antirretrovirais (Tenofovir e Emtricitabina).

1. Já ouvi falar sobre a PrEP antes dessa breve explicação.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

2. Consigo averiguar a necessidade de uso de PrEP do meu paciente.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

3. Tenho conhecimento suficiente para educar meus pacientes sobre PrEP.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

4. Sei monitorar aderência, toxicidade e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no paciente em uso de PrEP.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

5. Sinto que preciso de mais treinamento para prescrever a PrEP.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

6. Já atendi pacientes que me perguntaram sobre a PrEP.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso
 - c) Não sei dizer

7. Já iniciei uma conversa sobre PrEP com um paciente.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

c) Não sei dizer

8. Já prescrevi PrEP para algum paciente

a) Verdadeiro

b) Falso

c) Não sei dizer

9. Já prescrevi PrEP para:

a) 0 pacientes

b) 1-10 pacientes

c) 11-20 pacientes

d) 21-50 pacientes

e) 51-100 pacientes

f) 101+ pacientes

10. Dos pacientes que cuido atualmente, são infectados pelo HIV:

a) 0

b) 1-10

c) 11-20

d) 21-50

e) 51-100

f) 101+

Parte III

Na seguinte questão marque a alternativa incorreta.

1. Qual das seguintes situações não é um uso de grande evidência de PrEP na prevenção de infecção por HIV?

a) Bissexuais

b) Indivíduos heterossexuais

c) Casais soro discordantes (um deles é HIV positivo e o outro é HIV negativo)

d) Usuários de drogas injetáveis

A seguir, assinale uma alternativa que corresponde ao que é pedido pelo enunciado.

2. Avalie o risco das seguintes situações e escolha se prescreveria PrEP ou não.

- a) Mulher que faz sexo com homem
 Prescreveria
 Não prescreveria
- b) Homem que faz sexo com mulher
 Prescreveria
 Não prescreveria
- c) Homem que faz sexo com homem
 Prescreveria
 Não prescreveria
- d) Homem que faz sexo com homem e mulher
 Prescreveria
 Não prescreveria
- e) Pessoa usuária de drogas injetáveis
 Prescreveria
 Não prescreveria
3. A seguir escolha segundo a categoria de risco, se a pessoa em questão é passível de prescrição ou não, assumindo que houve resultado HIV negativo recente e possui acesso à medicação:
- a) Uma mulher que tem como parceiro masculino conhecido por ser HIV-positivo
 Passível de prescrição
 Não passível de prescrição
- b) Uma mulher que faz sexo desprotegido com múltiplos parceiros masculinos sem saber o sorotipo HIV
 Passível de prescrição
 Não passível de prescrição
- c) Um homem que tem como parceira feminina conhecida por ser HIV positivo
 Passível de prescrição

- Não passível de prescrição
- d) Um homem que faz sexo desprotegido com múltiplos parceiros masculinos sem saber o sorotipo HIV
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- e) Um homem que tem como parceiro masculino conhecido por ser HIV positivo
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- f) Um homem que realiza sexo anal desprotegido com múltiplos parceiros masculinos
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- g) Uma pessoa com história de múltiplas doenças sexualmente transmitidas (como clamídia, gonorreia)
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- h) Uma pessoa que fez uso de drogas injetáveis nos últimos 6 meses e dividia a agulha
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- i) Uma pessoa que tem feito uso contínuo de metadona pelos últimos 6 meses, mas tem uso contínuo de drogas injetáveis
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição
- j) Uma gestante soronegativa com parceiro soropositivo
- Passível de prescrição
- Não passível de prescrição

9.2. Apêndice II

Cartilha

O que é PrEP?
A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV CONSISTE NO USO DE ANTIRRETROVIRAIS COMBINADOS (FUMARATO DE TENOVIR DESOPROXILA E ENTRICITABINA) PARA REDUZIR O RISCO DE ADQUIRIR A INFECÇÃO PELO HIV

Grupo de risco
GAYS, HOMENS QUE FAZEM SEXO COM OUTROS HOMENS, PESSOAS TRANS, PROFISSIONAIS DO SEXO E PESSOAS COM PARCEIROS SOROPOSITIVOS PARA O HIV

Primeira consulta

01. AVALIAR A MOTIVAÇÃO DO USO DA PREP
02. TEM INDICAÇÃO IMEDIATA DE USO DE PEP? (EX: SEXO SEM PROTEÇÃO COM HIV POSITIVO NAS ÚLTIMAS 72H)
03. DEVE-SE FAZER ABORDAGEM SOBRE GERENCIAMENTO DE RISCO E VULNERABILIDADE
04. FAZER TESTE DE HIV (SE FOR REAGENTE NÃO PODE USAR PREP)
05. FAZER TESTES PARA IST. SE POSITIVAR, DEVE-SE FAZER PRIMEIRO O TRATAMENTO
06. FAZER TESTE PARA HEPATITE B E C
07. AVALIAR FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA
07. VERIFICAR HISTÓRICO DE FRATURAS PATOLÓGICAS

Segunda consulta

01. FAZER TESTE HIV (EM TODAS AS CONSULTAS)
02. AVALIAR TODOS OS EXAMES DE TRIAGEM
03. TEM INDICAÇÃO IMEDIATA DE USO DE PEP?
04. QUAL A MOTIVAÇÃO DE USO DA PREP?
05. PRESCREVER (PARA 30 DIAS)
06. AVALIAÇÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO E PREVENÇÃO COMBINADA (NÃO PREVINE ISTS E NEM A GRAVIDEZ)

Consulta de seguimento

01. FAZER TESTE HIV (EM TODAS AS CONSULTAS)
02. DEMOROU MAIS DE TRÊS MESES PARA RETORNAR? PROCEDER IGUAL A PRIMEIRA CONSULTA
03. PESO
04. APRESENTOU EVENTOS ADVERSOS?
05. PACIENTE ADERIU AO TRATAMENTO CORRETAMENTE?
06. TESTAR ISTS (TRIMESTRALMENTE)
07. TESTAR HEPATITE B E C
08. AVALIAR FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA
09. TESTE DE GRAVIDEZ

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

01. DEVE-SE ORIENTAR O USUÁRIO DE PREP QUE NÃO PROTEGE CONTRA ISTS OU GRAVIDEZ, POR ISSO DEVE-SE USAR MÉTODOS COMBINADOS.
02. É NECESSÁRIO 7 DIAS DE USO DE PREP PARA QUE O USUÁRIO TENHA RELAÇÃO ANAL SEM RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV
03. É NECESSÁRIO 20 DIAS DE USO DE PREP PARA RELAÇÃO VAGINAL SEM RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV
04. A PREP PODE SER UTILIZADA DURANTE A CONCEPÇÃO, GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO, DESDE QUE UTILIZADA DA FORMA CORRETA

FONTE: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Conhecimento e a Prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por Médicos em Goiás

Pesquisador: CRISTIANE TEIXEIRA VILHENA BERNARDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40116620.0.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitario UniEvangélica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.461.439

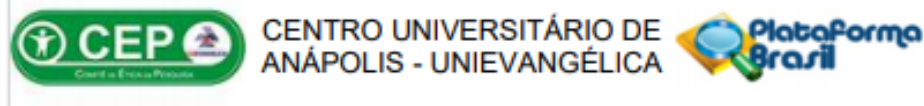
Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1652764.pdf e do

Resumo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença viral que acomete o sistema imunológico humano e foi identificado nos anos 80 em homossexuais do sexo masculino. Dessa forma, há estudos que identificam uma maior prevalência dessa síndrome em profissionais do sexo, gays, transexuais e homens que fazem sexo com outros homens. Diante disso, para redução da propagação dessa patologia, desenvolveu-se os antirretrovirais. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é um medicamento acessível ao grupo de risco da AIDS e que está disponível em mais de 20 países. Porém, apesar de ser um método eficaz para a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda possui obstáculos a ser superados, como a falta de conhecimento, técnica e treinamento dos profissionais de saúde para a sua orientação e prescrição. Assim, para a coleta de dados, essa pesquisa aplicará um questionário online através da plataforma Google Forms aos médicos com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), que trabalham em qualquer serviço de saúde, investigando seu conhecimento sobre o medicamento e o sucesso na implantação ao grupo de risco. Espera-se que os profissionais de saúde pesquisados sejam capacitados, mas que o conhecimento ainda seja falho para grande parte dos serviços de saúde.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 4.461.439

Palavras-chave: Infecções por HIV. Profilaxia Pré-Exposição. Fármacos anti-HIV. Profissional da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Hipótese

Menos de 20% dos médicos no Estado de Goiás possuem capacitação e conhecimento necessários para a prescrição adequada da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal envolvendo médicos no Estado de Goiás.

População de estudo

Para composição do cálculo amostral foi levado em consideração o número de 16.739 médicos com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO). Para tanto, levou-se em consideração uma perspectiva, baseada na literatura, de que apenas 20% destes teriam o conhecimento completo sobre a prescrição da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. Para o cálculo também foi considerado um erro padrão de estimativa de 5% com uma abrangência de dois desvios padrão.

Diante de tal aspecto, chegou-se a um cálculo de amostra representativa populacional de 143 médicos. Este cálculo foi realizado através da fórmula para amostra finita de Levin (1987).

Crítérios de inclusão

Os critérios de inclusão da pesquisa são: ser médico com inscrição ativa no CREMEGO, que trabalhe em qualquer serviço de saúde do Estado de Goiás, e que concorde com preenchimento do questionário.

Crítérios de exclusão

Os critérios de exclusão da pesquisa são: ser outro profissional da saúde como enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos. Além disso, médicos inscritos em conselhos de medicina de outros estados do Brasil, exceto de Goiás.

Coleta de dados

Para a coleta de dados, um questionário (Apêndice 1) será aplicado através da plataforma Google

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.461.439

Forms

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeswuNULmzx7im02pGgMBj8WNe-iQf0r3N9J_3I3WESCIGfA/viewform), criado a partir de um e-mail particular para a presente pesquisa. O convite para participação da pesquisa se dará de forma virtual, encaminhado através de informações pessoais de médicos que estão em domínio público, como sites de busca, clínicas de saúde e redes sociais, como o Instagram. Juntamente com o convite para participação, será anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), previamente aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa. O preenchimento do questionário só será liberada após a aceitação, pelo questionado, do documento de consentimento. O questionário utilizado por essa pesquisa foi adaptado de Terndrup et al. (2019) e Cardoso et al. (2019), e está dividido em três partes, sendo a primeira de cunho sociodemográfico contendo perguntas acerca do sexo, cor, identidade de gênero, orientação sexual, religião, estado civil e trabalho. A segunda parte objetiva a análise do conhecimento subjetivo dos médicos sobre a PrEP, com a marcação de respostas em que os questionados se inserem. Por fim, a terceira parte irá averiguar os conhecimentos objetivos dos médicos acerca medicação e da prescrição da PrEP, com a existência de respostas corretas e erradas.

Análise de dados

Para cumprir os objetivos do estudo, os dados serão apresentados na forma de média, desvio padrão, frequência simples e percentual. Em seguida será procedida uma tabulação cruzada com cálculo do qui-quadrado para comparar as distribuições percentuais das respostas juntamente com o cálculo do odds-ratio para identificação do quanto uma resposta influencia outra. Para tanto, será utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0 com licença de uso para UnIEVANGÉLICA Centro Universitário de Anápolis – GO. O nível de significância adotado será de 5% (p 0,05).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Verificar o conhecimento da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) por médicos no Estado de Goiás.

Objetivos específicos

Delinear o conhecimento subjetivo dos médicos sobre a PrEP;

Quantificar as prescrições de PrEP realizadas pelos profissionais;

Analisar o conhecimento objetivo sobre a PrEP.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 75.083-515
UF: GO	Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736	Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.461.439

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e como minimizá-los: O principal risco da pesquisa poderá ser o desconforto ao responder o questionário, mas ele será minimizado através da garantia da anonimidade das respostas e a possibilidade de negar o prosseguimento do questionário, e nenhuma resposta será computada ao sistema.

Benefícios: O benefício direto da participação na pesquisa será o retorno, através de cartilha, de informações importantes sobre a PrEP, além de detalhes sobre a sua prescrição. Para o fornecimento do material, ao final do questionário, a cartilha elaborada por esse grupo de pesquisa estará anexada, que complementarmente o conhecimento sobre o medicamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância a ser desenvolvida pelo curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA sob orientação da Prof. Dra. Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes e co-orientação da Prof. Dra. Emerith Mayra Hungria Pinto, que tem o objetivo de investigar o conhecimento da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) por médicos do Estado de Goiás, além de quantificar as prescrições que são atualmente realizadas no Estado de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/11/2020		Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 4.461.439

Básicas do Projeto	ETO_1652764.pdf	14:22:58		Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.docx	16/11/2020 14:22:33	MARIA EDUARDA PORT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrecoes.docx	16/11/2020 14:21:33	MARIA EDUARDA PORT	Aceito
Brochura Pesquisa	Questionario.docx	16/11/2020 11:21:23	MARIA EDUARDA PORT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	16/11/2020 11:20:27	MARIA EDUARDA PORT	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.docx	16/11/2020 10:53:47	MARIA EDUARDA PORT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_anexar_resultados.pdf	16/11/2020 07:39:35	MARIA EDUARDA PORT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 14 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br