

Natália Barros Cerqueira

**Atitudes e conhecimento dos médicos infectologistas
sobre profilaxia pré-exposição do HIV**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias

Orientador: Prof. Dr. Esper Georges Kallás

São Paulo

2019

Natália Barros Cerqueira

**Atitudes e conhecimento dos médicos infectologistas
sobre profilaxia pré-exposição do HIV**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
a obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Doenças Infecciosas e
Parasitárias

Orientador: Prof. Dr. Esper Georges Kallás

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Cerqueira, Natália Barros
Atitudes e conhecimento dos médicos
infetologistas sobre profilaxia pré-exposição do
HIV / Natália Barros Cerqueira. -- São Paulo, 2019.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias.
Orientador: Esper Georges Kallás.

Descritores: 1.Profilaxia pré-exposição
2.Conhecimentos, atitudes e prática em saúde 3.HIV
4.Médicos 5.Religião 6.Populações vulneráveis

USP/FM/DBD-157/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmã, cunhado e sobrinhos, pela “presença” e apoio, mesmo com a distância de um oceano entre nós.

Ao Tó, pela força e escuta constantes.

Um dia acertamos na porta que nos liberta,
nesse momento bate as asas bem forte e
simplesmente voa,
voa bem alto”

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Esper Kallás, pelas oportunidades e confiança que tem transmitido ao longo desta etapa.

Aos meus amigos e colegas Vivian Avelino-Silva e Ricardo Vasconcelos pela participação e dedicação neste projeto, pelas horas de discussão e construção desta ideia.

Aos meus amigos Karine Milani, Denise Sales, Leandro Concolato, Maria Cândida Dantas e Mariana Sauer que me apoiaram ao longo deste processo e sempre acreditaram.

Aos meus amigos e colegas da pós-graduação Marcelo Corral e Lauro Perdigão que me acompanharam nos caminhos da pós-graduação na FMUSP e desafiaram numa participação acadêmica mais ativa.

À SBI e SPI pela parceria na realização deste estudo e liberação dos contatos dos profissionais associados.

Aos profissionais de saúde que disponibilizaram o seu tempo para contribuírem com este estudo.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Aneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valeria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Resumo	
Abstract	
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos Específicos	11
2.3. Hipóteses	12
3. MÉTODOS	13
3.1. Critérios de inclusão	14
3.2. Recrutamento	15
3.3. Instrumento	15
3.4. Randomização	18
3.5. Coleta de dados	18
3.6. Aspectos éticos	19
3.7. Análise estatística	20
4. RESULTADOS	21
4.1. Resultados na etapa piloto	22
4.2. Resultados SBI e SPI	26
4.2.1. Seção 1: Características demográficas e profissionais dos participantes	27
4.2.2. Seção 2: Respostas aos casos clínicos fictícios	29
4.2.3. Seção 3: Atitudes e conhecimento dos profissionais de saúde	31
4.2.4. Seção 3: Preditores de conhecimento e atitudes dos MI perante a PrEP	35
4.2.5. Seção 3: Prescrição de PrEP	37
5. DISCUSSÃO	38
6. CONCLUSÃO	44
7. ANEXO	46
8. REFERÊNCIAS	48
9. APÊNDICE	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*/ Síndrome de imunodeficiência adquirida

CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food and Drug Administration*

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*/ Vírus de imunodeficiência humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

iPrEx - *Pre-exposure Prophylaxis Initiative*

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MI – Médicos Infectologistas

MT – Mulheres transexuais

PEP – *Post-exposure prophylaxis*/ Profilaxia Pós-Exposição

PrEP – *Pre-exposure prophylaxis*/ Profilaxia Pré Exposição

REDCAP™ – *Research Electronic Data Capture*

SBI – Sociedade Brasileira Infectologia

SPI – Sociedade Paulista Infectologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento antirretroviral

TasP – Tratamento como prevenção

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de Randomização Etapa piloto

Figura 2. Fluxograma de inclusão dos participantes no estudo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos na etapa piloto - São Paulo - 2016

Tabela 2. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 1 na etapa piloto – São Paulo - 2016

Tabela 3. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 2 na etapa piloto – São Paulo - 2016

Tabela 4. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 3 na etapa piloto – São Paulo - 2016

Tabela 5. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes conforme alocação nos grupos 1 e 2 – São Paulo - 2017

Tabela 6. Intenção de Prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no Caso Clínico 1 – São Paulo - 2017

Tabela 7. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 2 – São Paulo - 2017

Tabela 8. Intenção de Prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no Caso Clínico 3 – São Paulo - 2017

Tabela 9. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre PrEP – São Paulo - 2017

Tabela 10. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: preocupações em relação a PrEP – São Paulo - 2017

Tabela 11. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: implementação da PrEP – São Paulo - 2017

Tabela 12. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: desafios na Implementação da PrEP – São Paulo - 2017

RESUMO

Cerqueira NB. *Atitudes e conhecimento dos médicos infectologistas sobre profilaxia pré-exposição do HIV* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

A prescrição da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) depende de avaliação subjetiva da vulnerabilidade. Neste estudo propusemos descrever o grau de conhecimento, preocupações e intenção de prescrição de PrEP entre médicos infectologistas (MI). Utilizamos um questionário eletrônico anônimo incluindo informações demográficas, atitudes e conhecimentos sobre PrEP entre MI. A intenção de prescrição de PrEP foi avaliada em 3 casos clínicos hipotéticos com pacientes de alta vulnerabilidade ao HIV. Uma única característica de cada caso (homem vs mulher transgênero; usuários drogas recreativas vs não usuários; nível socioeconômico alto vs baixo) foi intencionalmente alterada, gerando 2 grupos distintos de casos hipotéticos que foram distribuídos aleatoriamente aos MI. Para cada caso, o MI indicou sua intenção de prescrição de PrEP, adesão esperada e antecipação de compensação de risco. 370 MI com idade mediana de 42 anos responderam ao questionário. A maioria dos MI reportou estar informado/bem informado sobre PrEP (75%) e acreditar na necessidade da implementação da PrEP (69%), embora preocupações em relação à adesão (49%), efeitos colaterais (38%), aumento de infecções sexualmente transmissíveis (38%) e compensação de risco (28%) tenham sido citadas. Não encontramos diferenças estatisticamente significantes na intenção de prescrição de PrEP ou percepção de compensação de risco nos diferentes casos clínicos. Dificuldades de adesão foram mais frequentemente antecipadas em usuários de drogas recreativas comparados a não usuários (37% vs. 16%, $p < 0,001$). MI que declararam ter uma religião relataram preocupação com compensação de risco mais frequentemente que aqueles declarados ateístas (72% vs 46%, $p < 0,001$). Nosso estudo sugere que, embora a maioria dos MI tenha reportado atitude positiva em relação à PrEP, preocupações em relação à PrEP são frequentes, e crenças e percepções pessoais podem influenciar a implementação da PrEP no Brasil.

Descritores: Profilaxia pré-exposição; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; HIV; Médicos; Religião; Populações vulneráveis.

ABSTRACT

Cerqueira NB. *Attitudes and knowledge about HIV prep among infectious diseases physicians in Brazil* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

The prescription of HIV Pre-Exposure Prophylaxis depends on a subjective evaluation of vulnerability. In this study we addressed knowledge, attitudes and willingness to prescribe PrEP among Infectious Diseases (ID) physicians. We used an anonymized electronic survey including demographics, attitudes and knowledge about PrEP among ID physicians. Willingness to prescribe PrEP was evaluated in 3 different case scenarios describing highly vulnerable patients. A single characteristic (man vs transgender woman; drug user vs. non-user; high vs. low socioeconomic status) was intentionally modified creating 2 different sets of hypothetical cases, randomly distributed to the ID physicians. For each case, the ID physician indicated his/her willingness to prescribe PrEP, expected adherence to PrEP and anticipated risk compensation. 370 ID physicians with median age of 42 years old answered the survey. Most of ID physicians declared to be informed/well informed about PrEP (75%) and to believe that PrEP availability is necessary (38%), although concerns about adherence issues (49%), side-effects (38%), increase in sexually-transmitted infections (STI, 38%) and risk compensation (28%) were mentioned. We found no statistically significant differences in willingness to prescribe PrEP and perception of risk compensation in the different case vignettes. Adherence issues were more frequently anticipated among drug users when compared with non-users (37% vs 16%, $p < 0.001$). ID physicians who declared having a religion more frequently reported concerns about risk compensation when compared with those self-identified as atheists (72% vs 46%, $p < 0.001$). Our findings suggest that although most of ID physicians showed a positive attitude towards PrEP, concerns about PrEP are frequent, and personal beliefs may influence PrEP implementation in Brazil.

Descriptors: Pre-exposure prophylaxis; Health knowledge, attitudes, practice; HIV; Physicians; Religion; Vulnerable populations.

1. INTRODUÇÃO

1. Introdução

A infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) continua sendo um desafio importante para as políticas de saúde no mundo inteiro. Muitos esforços têm sido desenvolvidos na área da saúde, de forma a permitirem uma qualidade de vida significativa para aqueles que vivem com o HIV, através do acesso a tratamento antirretroviral (TARV) e o desenvolvimento de diversas estratégias de prevenção de novas infecções.

No último boletim da UNAIDS, referente aos dados de 2017, cerca de 36,9 milhões de pessoas viviam com HIV, dos quais 21,7 milhões estavam em uso de TARV. Em 2017, foram diagnosticadas aproximadamente 1,8 milhões novas infecções. Face a este panorama continua sendo prioritário o desenvolvimento de estratégias e implementação de políticas e programas focando a prevenção do HIV, o acesso universal ao tratamento e a serviços de suporte(1).

O Brasil tem sido um país de referência na implementação de estratégias de combate ao HIV, como o acesso universal e gratuito à TARV desde 1996. Em dezembro de 2013, tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início de TARV por ocasião do diagnóstico de HIV, independentemente da contagem de células T CD4⁺, implementando consequentemente o tratamento como prevenção (TasP)(2), e mais recentemente a implementação gratuita da PrEP no SUS(3).

Desde o primeiro caso diagnosticado no Brasil, em 1980, até junho de 2018, estima-se cerca de 926.742 pessoas vivendo com HIV/Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) no país. Em 2017 foram notificadas 42.420 novas infecções por HIV e 37.791 casos de Aids. Entre 2007 e junho de 2018 a

maioria dos casos de infecção por HIV foi identificado na população de 20 a 34 anos (52,6%). Nesse mesmo período, infecções em indivíduos do sexo masculino acima de 13 anos representaram 68,6% dos casos, dos quais 59,4% do total ocorreram por exposição sexual em homens que fazem sexo com homens (HSH).(4)

Embora a luta contra a epidemia do HIV continue ganhando força, uma diminuição de novos casos de HIV venha sendo observada nos últimos anos, a epidemia aumenta em algumas populações-chave e populações com vulnerabilidades específicas, que apresentam maior risco de infecção por HIV. Dados globais sugerem que 47% das novas infecções por HIV em 2017 estão relacionadas com populações-chave e seus parceiros sexuais(5).

No caso do Brasil, o padrão de distribuição da epidemia é considerado concentrado em algumas populações-chave e subpopulações com elevada vulnerabilidade que possuem maior expressão em relação ao número de casos de infecção por HIV. Entre elas destaca-se a população de HSH, descrita e, detalhada no estudo SampaCentro, desenvolvido no município de São Paulo e incluindo cerca de 1.217 HSH recrutados em bares, clubes e locais de socialização da região central da cidade voltados para o público HSH. Considerando-se todos os grupos etários a prevalência de HIV foi de 15,3%; entre jovens de 18 a 24 anos a prevalência do HIV foi de 6,4%, e entre 35 e 49 anos o estudo encontrou uma prevalência alarmante de 33,1%(6). Outro estudo mais recente entre gays e HSH em São Paulo demonstrou uma prevalência de HIV de 18,4%(7). Outro estudo recente incluindo mulheres transgênero e travestis no Rio de Janeiro demonstrou uma prevalência de infecção por HIV de 31,2%(8).

A Organização Mundial da Saúde tem defendido o conceito de prevenção combinada como estratégia a ser ampliada no mundo, contemplando diversas metodologias de prevenção, incluindo o uso de preservativos e gel lubrificante, testagem periódica do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), TasP, Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), gerenciamento de vulnerabilidade e redução de danos (9).

A PrEP consiste numa metodologia de prevenção da infecção por HIV em pessoas com risco substancial de adquiri-la, através da ingestão de um comprimido diário contendo Tenofovir ou Tenofovir e Emtricitabina. A PrEP está inserida num arsenal de prevenção para populações de elevada vulnerabilidade, que contempla acompanhamento clínico, aconselhamento (gerenciamento de risco e redução de danos), distribuição de preservativos e gel lubrificante e testagem de outras IST, a cada 3 meses(9).

Este método de prevenção foi aprovado pela agência regulatória norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA) em 2012, e os Estados Unidos da América (EUA) tornaram-se o primeiro país a implementar a PrEP e a criar diretrizes de utilização em populações de elevada vulnerabilidade(10).

Este avanço no combate ao HIV teve como fundamento os resultados dos seguintes ensaios clínicos demonstrando a eficácia da PrEP em diferentes populações:

- a) iPrEX, um ensaio clínico randomizado, controlado com placebo, que acompanhou 2499 HSH e Mulheres Transgênero (MT) HIV negativos, verificando uma redução de 44% na incidência de HIV no grupo alocado para uso de PrEP comparado ao grupo placebo. Nos participantes em que foram detectados níveis de droga no sangue, com adesão

significativa ao medicamento, PrEP reduziu o risco de infecção em até 92%.(11,12). Não foi observada aumento das práticas sexuais de risco (compensação de risco) entre os participantes desse estudo(13).

- b) TDF2, um ensaio clínico randomizado que incluiu homens e mulheres heterossexuais em Botswana, demonstrou uma redução de 62% no risco de infecção por HIV pelo uso da PrEP. Os participantes infectados por HIV durante o estudo apresentavam níveis sanguíneos reduzidos da medicação, sugerindo má adesão ao medicamento(14).
- c) Partners PrEP, um ensaio clínico randomizado que acompanhou casais sorodiscordantes, demonstrou que o uso de PrEP associou-se a probabilidade de infecção por HIV 75% menor. Nos participantes em que foi detectada presença da medicação no sangue, observou-se uma redução de risco de 90%(15)
- d) Bangkok Tenofovir, um estudo desenvolvido entre usuários de drogas injetáveis, observou uma redução de risco de infecção pelo HIV de 49% com uso de um comprimido diário de tenofovir. Nos participantes com níveis de tenofovir detectados no sangue, observou-se uma redução de risco de 74%(16).

Dois outros estudos não detectaram eficácia da PrEP, fato atribuído à baixa adesão ao uso da medicação:

- e) FEM-PrEP, um estudo randomizado e controlado com placebo que recrutou 2120 mulheres vulneráveis à infecção pelo HIV na África do Sul, Quênia e Tanzânia, e não observou redução significativa na infecção

pelo HIV com uso diário de Tenofovir e Emtricitabina por 12 meses, resultando na interrupção precoce do estudo por futilidade(17).

- f) VOICE, um ensaio clínico randomizado que avaliou em 5.029 mulheres na África do Sul, Uganda e Zimbábwe o efeito da PrEP oral (com Tenofovir isolado ou Tenofovir e Emtricitabina) ou em formulação de gel vaginal contendo Tenofovir, não demonstrando eficácia na prevenção da transmissão do HIV(18).

Outros estudos foram desenvolvidos de forma a avaliar outras formas de uso PrEP, como por exemplo sob demanda, com utilização de PrEP de acordo com o momento de ocorrência das relações, mostrando também uma eficácia significativa(19,20). O desenvolvimento de outras estratégias de prevenção ou outras formas de PrEP são cruciais para aumentar o leque de opções de prevenção, respeitando a liberdade e a escolha da pessoa que se quer prevenir da infecção por HIV(19,20).

A PrEP foi implementada no Brasil no início de 2018, após a realização de um estudo demonstrativo em 3 cidades do país, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo. Este estudo permitiu verificar uma elevada aceitabilidade de HSH e MT no uso de PrEP, bem como fornecer com dados complementares de segurança e eficácia desta estratégias de prevenção(21–23). Além disso, estes dados contribuíram com o desenho e aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PrEP em 2017(3). A implementação da PrEP no Brasil foi inserida no SUS com distribuição gratuita em várias cidades do país, em serviços da rede de prevenção e tratamento da infecção por HIV.

De acordo com as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PrEP no Brasil, a PrEP é indicada a alguns grupos populacionais, incluindo gays e outros HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e parceiros sorodiferentes para o HIV, bem como a indivíduos preenchendo alguns critérios de exposição, como relação anal ou vaginal sem uso de preservativo nos últimos 6 meses, episódios recorrentes de IST, uso frequente de PEP, e relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa vivendo com HIV sem uso de preservativos(3).

O acesso e uso em maior escala da PrEP dependerá em grande parte de sua familiaridade e aceitabilidade entre profissionais de saúde envolvidos com a atendimento de pacientes sob risco aumentado de infectar-se por HIV. Alguns estudos indicam que características sociodemográficas dos profissionais de saúde, tais como gênero, raça/etnia e o tipo de instituição e região de exercício da prática clínica podem influenciar as atitudes e o grau de conhecimento dos profissionais de saúde em relação a PrEP(24–27).

Dois estudos realizados sobre o perfil dos médicos infectologistas (MI) no Brasil, demonstrou uma maioria do gênero feminino (57%) com média de idade de 43,3 anos, e prática clínica predominantemente na região Sudoeste do país. Esta especialidade teve início em 1952, no Hospital das Clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o objetivo de promover uma especialização em manejo clínico de doenças infecciosas, incluindo IST(28).

Apesar dos diversos trabalhos demonstrando a eficácia da PrEP também em estudos abertos e de implementação, alguns profissionais de saúde em diferentes regiões do mundo vêm revelando relutância quanto à recomendação de uso da PrEP. Esta resistência tem sido muitas vezes atribuída a

preocupações com relação à adesão à medicação, segurança e tolerância a longo prazo, escassez de dados sobre uso de PrEP, risco de desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais, custo-efetividade, potencial indução de práticas de risco (compensação de risco) e diminuição da percepção de risco entre os usuário(24–27,29–36).

Os estereótipos sobre a compensação de risco tendem a condicionar a motivação para prescrição de PrEP. Enquanto a maioria dos profissionais de saúde tende a considerar a prescrição de PrEP para casais sorodiscordantes com relacionamento estável e/ou intenção reprodutiva, alguns trabalhos sugerem que indivíduos com comportamentos vulneráveis à infecção por HIV (MT, HSH, trabalhadores do sexo e indivíduos com outras ISTs diagnosticadas) podem ser preteridos na indicação de PrEP sob o receio de contribuir com maior desinibição sexual e compensação de risco(30,37,38).

Da mesma forma, características sociodemográficas associadas em outros contextos a menor adesão a tratamentos medicamentosos, tais como o uso de drogas ilícitas, poderiam influenciar a decisão do profissional de saúde em relação à recomendação da PrEP. Estudos mostram que os médicos são menos propensos à prescrição de TARV a pacientes usuários de drogas ilícitas, motivados principalmente por antecipação de problemas na adesão ao tratamento(39,40). É razoável cogitar que a prescrição de PrEP poderia também ser inibida nessa população. Entretanto, o uso de drogas ilícitas recreativas, tais como as metanfetaminas, foi relacionado em estudos prévios a maior risco de infecção pelo HIV(41)·(42), aumentando o benefício potencial da PrEP para essa população.(39,40)

Os profissionais de saúde são responsáveis por avaliar o risco dos seus pacientes perante a infecção por HIV. Entretanto, muitos profissionais de saúde podem não reconhecer ou aceitar a possibilidade da adoção da PrEP como parte de uma metodologia combinada de prevenção, o que representaria uma importante barreira ao acesso a PrEP para potenciais usuários(30):(38). Dessa forma, é importante conhecer as crenças, atitudes e conhecimentos dos médicos diretamente responsáveis pelo cuidado a pessoas sob risco de contrair HIV, e compreender o efeito de características sociodemográficas do usuário como nível socioeconômico, identidade de gênero e uso de drogas recreativas sobre as decisões médicas em relação a uso da PrEP. Estes conhecimentos poderão contribuir para compreender as necessidades de treinamento de profissionais de saúde e promover uma implementação eficaz, segura e consciente de PrEP no sistema de saúde.

2. OBJETIVOS

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- I. Descrever os preditores de conhecimento, atitudes e intenção de prescrição de PrEP entre médicos infectologistas (MI) cadastrados na Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) ou na Sociedade Paulista de Infectologia (SPI).

2.2. Objetivos Específicos

- I. Identificar características sociodemográficas de MI associadas ao maior conhecimento sobre PrEP e à intenção de prescrever PrEP.
- II. Identificar o efeito de características demográficas de potenciais usuários de PrEP (identidade de gênero, uso de drogas recreativas e nível socioeconômico) sobre a intenção de prescrever PrEP, antecipação de adesão a PrEP e antecipação de compensação de risco em casos clínicos fictícios avaliados por MI cadastrados na SBI ou SPI.

2.3. Hipóteses

- I. As características sociodemográficas individuais e características relacionadas à prática clínica influenciam o conhecimento e intenção de prescrever PrEP.
- II. A percepção subjetiva dos médicos sobre características demográficas possivelmente associadas a antecipação de má adesão e compensação de risco para infecção por HIV está associada a intenção de prescrição de PrEP.

3. MÉTODOS

3. Métodos

O presente estudo apresentou um desenho transversal, que avaliou o grau de conhecimento e atitudes de MI em relação a PrEP, pela aplicação de um questionário confidencial e anônimo. Além disso, o estudo realizou uma avaliação da intenção de prescrição da PrEP, em três casos clínicos fictícios apresentados aos MI, nos quais as variáveis identidade de gênero, uso de drogas recreativas e nível socioeconômico foram sistematicamente manipuladas e randomizadas entre os participantes.

3.1. Critérios de inclusão

Critérios de inclusão

- Médicos associados na SBI e na SPI com endereço de *e-mail* disponível no registro da sociedade;
- Disponibilidade para responder ao questionário;

Critérios de exclusão

- Recusa em assinalar o termo de consentimento disponível no questionário;
- Qualquer condição que pudesse interferir com o acesso e/ou resposta ao questionário;

3.2. Recrutamento

Na primeira etapa do projeto, realizamos um estudo piloto a fim de aprimorar o instrumento (clareza da informação e existência de quaisquer ambiguidades) e testar a randomização eletrônica dos casos fictícios, utilizando uma amostra de conveniência que incluiu médicos residentes (R1, R2, R3) do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias no ano de 2016, alunos do internato em Moléstias Infecciosas (em estágio em maio de 2016, grupo 3) e alunos da Liga de Prevenção e Tratamento da Infecção por HIV/Aids.

Após a conclusão da fase piloto, iniciamos o recrutamento da amostra acessível de participantes pelo envio do instrumento de coleta de dados por *e-mail*, utilizando a lista de endereços eletrônicos dos MI associados à SBI ou SPI. O convite para participação foi enviado a todos os MI que possuíam endereço eletrônico válido no cadastro da SBI ou SPI.

A SBI e a SPI representam a comunidade Brasileira e Paulista de infectologistas, com o objetivo de promover o desenvolvimento da especialidade de infectologia, com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas.

3.3. Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi dividido em 3 seções (Anexo 1),

- Seção 1: Dados Sociodemográficos

Esta seção dividiu-se em 13 questões com objetivo de avaliar características sociodemográficas dos médicos participantes e informações relacionadas com o percurso/atividade profissional de cada um.

- Seção 2: Intenção de prescrição da PrEP e antecipação de compensação de risco e adesão à PrEP em casos clínicos fictícios;

Constituída por três casos clínicos distintos, para os quais o médico participante indicou a sua intenção de prescrever PrEP, o efeito esperado do uso da PrEP sobre as práticas de risco e a avaliação de adesão esperada à PrEP para o paciente descrito no caso.

Para cada caso, uma variável foi sistematicamente manipulada e randomizada entre os participantes.

Caso 1: No primeiro caso clínico, foram criadas duas variantes nas quais somente a condição de identidade de gênero foi sistematicamente modificada.

Caso 1.a. “Uma mulher trans procura o seu serviço solicitando testagem para o HIV e outras IST. Ela relata que é trabalhadora do sexo e faz programa diariamente. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”

Caso 1.b. “Um homem procura o seu serviço solicitando testagem para o HIV e outras IST. Ele relata que é trabalhador do sexo e faz programa diariamente. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”

Caso 2: No segundo caso clínico, foram criadas duas variantes nas quais somente a condição de uso de drogas recreativas foi sistematicamente modificada.

Caso 2.a. “Um paciente HSH (homem que faz sexo com homem) procura o seu serviço solicitando PrEP. Ele refere o uso esporádico de substâncias como Quetamina, GHB e/ou outras anfetaminas (drogas recreativas usadas em festas). Refere práticas sexuais de risco. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”

Caso 2.b. “Um paciente HSH (homem que faz sexo com homem) procura o seu serviço solicitando PrEP. Ele nega uso de drogas recreativas. Refere práticas sexuais de risco. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”

Caso 3: Por fim, no terceiro caso clínico foram criadas duas variantes nas quais somente a condição de nível socioeconômico foi sistematicamente modificada.

Caso 3.a. “Uma mulher pergunta em uma consulta se deveria tomar PrEP. Ela é advogada e trabalha em um grande escritório de advocacia. Também é parceira de um homem que vive com HIV e que tem dificuldades para aderir o uso de antirretrovirais. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”

Caso 3.b. “Uma mulher pergunta em uma consulta se deveria tomar PrEP. Ela é faxineira e ganha aproximadamente um salário mínimo ao mês. Também é parceira de um homem que vive com HIV e que tem dificuldades para aderir o uso de antirretrovirais. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente”.

Dessa forma, dois conjuntos distintos de casos clínicos foram criados, nos quais as condições de identidade de gênero, uso de drogas recreativas e nível socioeconômico foram modificadas, conforme anteriormente apresentados a fim de avaliar o efeito de tais modificações sobre a intenção de prescrever PrEP, a antecipação do MI sobre preocupações relacionadas com compensação de risco e adesão ao medicamento profilático.

- Seção 3: Atitudes, conhecimentos e experiências sobre PrEP

A seção avaliou os conhecimentos, atitudes e experiências relacionadas com PrEP dos médicos incluídos, em nove questões com respostas categóricas.

3.4. Randomização

Inicialmente, a listagem recebida por ambas sociedades profissionais foi corrigida, excluídos os e-mails com erro e e-mails repetidos. O processo de randomização aleatória simples foi realizado utilizando uma fórmula disponível no programa Microsoft Office Excel®. Esta estratégia de randomização permitiu a construção de dois grupos intercambiáveis, para os quais diferenças em potenciais confundidores ocorreram somente ao acaso.

Participantes randomizados para o grupo 1 receberam o questionário contendo os casos clínicos 1a, 2a e 3a. Participantes randomizados para o grupo 2 receberam o questionário com os casos clínicos 1b, 2b e 3b.

Apenas a secção 2 foi randomizada entre os dois grupos. As secções 1 e 3 permaneceram iguais para ambos os grupos.

3.5. Coleta de dados

O sistema de coleta de dados utilizado para o presente estudo foi o REDCap™. Elaboramos as duas versões do questionário no sistema (Anexo 1), sob o formato de *survey*. No questionário 1 foi adicionada a listagem de e-mails correspondente ao grupo 1 descrito anteriormente. No questionário 2 a listagem de e-mails do grupo 2.

O REDCap™ é uma ferramenta eletrônica de registro de variáveis que permite a ativação de funcionalidades de garantia de confidencialidade e anonimato, como por exemplo não corresponder as respostas recebidas ao *e-mail* e/ou outros dados identificadores do participante(43).

O próprio sistema permite o reenvio de lembretes para os não respondentes, de forma a estimular a resposta dos médicos recrutados. Foram

realizados aproximadamente 3 lembretes em cada grupo de e-mails das sociedades, por orientação das mesmas, com um intervalo de aproximadamente uma semana.

Dentro do *e-mail*-convite (Anexo 1) cada participante recebeu um link de acesso ao questionário, que era respondido em aproximadamente 10 minutos. O participante tinha também a possibilidade de iniciar o questionário, interromper o mesmo e retornar posteriormente ao ponto em parou, se necessário. Contudo, não era permitido voltar à questão anterior para alterar a resposta dada.

A coleta de dados iniciou-se com o piloto, em 03/06/2016, o segundo envio ocorreu em 10/06/2016 e o terceiro envio no dia 23/06/2016. A primeira resposta recebida ocorreu em 04/06/2016 e a última em 29/07/2016.

O questionário foi enviado pela primeira vez para os médicos da SBI em 27/08/2016 e um segundo envio em 02/09/2016. A primeira resposta recebida foi em 27/08/2016 e a última em 06/10/2016.

A terceira fase do estudo ocorreu posteriormente, no envio dos questionários para os médicos da SPI em 06/03/2017, o segundo envio em 24/03/2017 e o terceiro em 28/04/2017. A primeira resposta obtida ocorreu em 06/03/2017 e a última em 31/08/2017.

3.6. Aspectos éticos

Este projeto foi submetido, avaliado e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do HCFMUSP, CAAE 52621216.5.0000.0068. Ao iniciar o questionário, solicitamos que cada participante respondesse a uma pergunta inicial de consentimento para

participar da pesquisa, a qual foi incluída em substituição ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido formal, dada a natureza da aplicação do questionário. Dados identificadores dos participantes foram mantidos em sigilo durante toda a execução do estudo. Como benefício individual relacionado à participação, após finalização do preenchimento do questionário o participante teve acesso a um conjunto de endereços eletrônicos com as recomendações do uso de PrEP, e outros documentos sobre os principais estudos clínicos publicados na mesma área (Apêndice 1).

3.7. Análise estatística

Características sócio-demográficas e profissionais dos participantes foram descritas em frequências e porcentagens. A associação entre a característica-chave e a intenção de prescrever PrEP, antecipação de adesão medicamentosa e de compensação de risco foi avaliada pelo teste de qui-quadrado ou exato de Fisher. A associação entre fatores sócio-demográficos e os conhecimentos, atitudes e experiências relacionadas com PrEP dos médicos incluídos foram analisados pelo teste de qui-quadrado ou exato de Fisher para as variáveis categóricas, e o teste t ou teste das somas dos postos de Wilcoxon para as variáveis contínuas, conforme apropriado.

Foi também realizada uma regressão logística multivariada para avaliar o efeito independente da religião dos MI na intenção de prescrição de PrEP.

O pacote estatístico Stata 15.1 (StataCorp. College Station, TX: StataCorp LP) foi utilizado em todas as análises, considerando-se um erro alfa bicaudal de 0.05.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Resultados na etapa piloto

Foram randomizados 63 *e-mails* pertencentes aos médicos residentes e alunos do internato em Moléstias Infecciosas e alunos Liga de Prevenção e Tratamento da Infecção por HIV/AIDS, sendo 31 no Grupo 1 e 32 no Grupo 2. Nesta fase obteve-se uma percentagem de resposta de 35% no grupo 1 (n=11), todas válidas para análise. Em relação ao grupo 2, a percentagem de respostas recebidas foi de 47% (n=15), contudo um questionário foi excluído da análise por ausência de respostas (Figura 1).

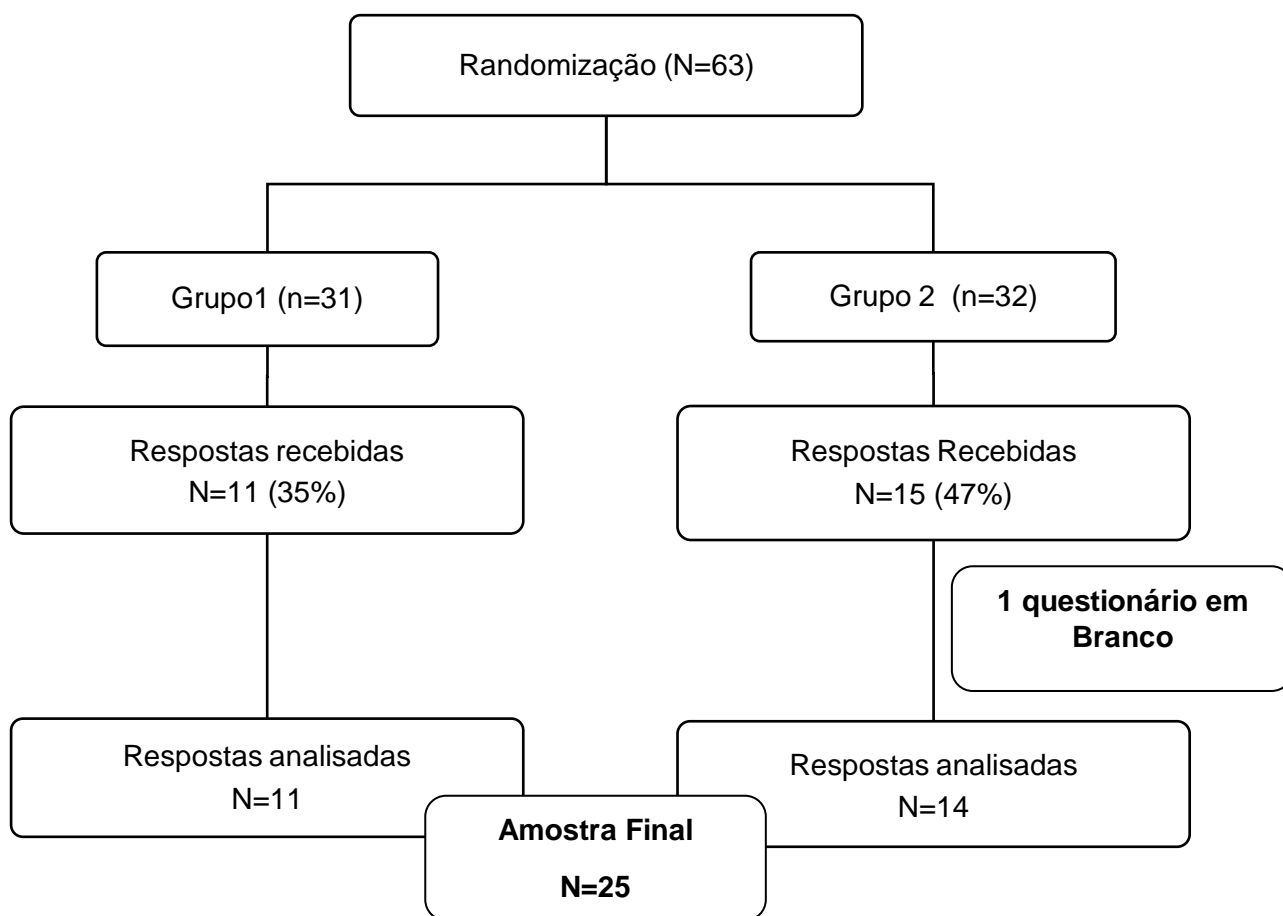


Figura 1. Fluxograma de Randomização Etapa piloto

Embora o objetivo do piloto fosse para identificar potenciais erros de linguagem e erros no sistema de randomização e envio dos questionários, realizamos também a análise de características sociodemográficas dos 25 participantes, descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes incluídos na etapa piloto - São Paulo - 2016

Características Sociodemográficas	Participantes total N = 25
Gênero N(%)	
Masculino	9 (36)
Feminino	15 (60)
Sem resposta	1 (4)
Idade mediana (intervalo interquartil)	24,5 (21,5-28,5)
Titulação N(%)	
Graduação Incompleta	11 (44)
Residência Incompleta	32 (8)
Pós-Graduação Incompleta	1 (4)
Pós-graduação Completa	3 (12)
Prefiro Não Responder	1 (4)
Sem resposta	1 (4)
Religião N(%)	
Católica	5 (20)
Evangélica	3 (12)
Ateu/Agnóstico	9 (36)
Espirita	4 (16)
Prefiro não responder	3 (12)
Sem resposta	1 (4)

Os participantes da etapa piloto eram na maioria do gênero feminino (60%), com idade mediana de 24,5 anos.

Houve um limitado retorno crítico por parte dos respondentes em relação à clareza da informação, ambiguidades nas questões, ou qualquer outra dificuldade de entendimento do questionário. Esse *feedback* foi solicitado no e-mail enviado, e presencialmente numa reunião dos residentes. Foi realizada também uma avaliação das respostas aos casos clínicos randomizados.

Em relação ao caso clínico 1, a informação randomizada consistiu na identidade de gênero do paciente, paciente com identidade de gênero Mulher Trans (grupo 1) e paciente com identidade de gênero masculino, não se observou diferenças estatisticamente significantes na intenção de prescrição de PrEP (73% vs 85%, $p=0.300$). Também não observamos diferenças estatisticamente significantes na antecipação pelo profissional de saúde sobre aumento de práticas de risco entre diferentes identidades de gênero (18% vs 23%, $p=1.00$). No que diz respeito à expectativa de adesão do paciente à PrEP, também não observamos diferenças estatisticamente significantes entre os casos com identidade de gênero distintas (69% vs 55%, $p=0.375$; tabela 2).

Tabela 2. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 1 na etapa piloto – São Paulo - 2016

Descrição do Caso	Grupo 1	Grupo 2	p-valor
	N=11	N=14	
	Paciente Mulher Trans	Paciente Homem	
Trabalhador do sexo procurando testagem HIV e outras IST			
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	-	1 (8)	
Sim	8 (73)	12 (85)	0,300
Não concorda nem discorda	3 (27)	1 (8)	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	9 (82)	10 (69)	
Sim	2 (18)	23 (3)	1,000
Não concorda nem discorda	-	8 (1)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	-	-	
Sim	6 (55)	10 (69)	0,375
Não concorda nem discorda	5 (45)	4 (31)	

Em relação ao caso clínico 2, que descreveu um paciente HSH com práticas sexuais de risco e usuário de drogas recreativas (grupo 1) vs paciente

HSH com práticas sexuais de risco e não usuário de drogas recreativas (grupo 2), não observadas diferenças estatisticamente significantes na intenção de prescrição de PrEP na etapa piloto (82% vs 69%, $p=0,394$). Tampouco observamos diferenças significativas na antecipação de aumento de práticas de risco pelo usuário ($p=1,00$) ou percepção de adesão a PrEP pelo paciente (18% vs 62% $p=0,115$; Tabela 3).

Tabela 3. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 2 na etapa piloto – São Paulo - 2016

	Grupo 1 N=11	Grupo 2 N=14	p-valor
Descrição do Caso	Paciente HSH usuário drogas recreativas	Paciente HSH não usuário drogas recreativas	
HSH procura serviço saúde solicitando PrEP			
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	2 (18)	1 (8)	
Sim	9 (82)	10 (69)	0,394
Não concorda nem discorda	-	3 (23)	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	5 (45)	5 (38)	
Sim	5 (45)	7 (46)	1,000
Não concorda nem discorda	1 (9)	2 (15)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	4 (36)	2 (15)	
Sim	2 (18)	9 (62)	0,115
Não concorda nem discorda	5 (45)	3 (23)	

Em relação ao caso clínico 3, que descreveu uma mulher com parceiro sorodiferente não aderente a TARV e nível socioeconômico baixo vs. alto, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes na intenção de prescrição de PrEP (92% vs 82%, $p=0,435$). Também não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na antecipação de aumento de práticas

de risco (62% vs 82%, $p=0,298$) ou expectativa de boa adesão da paciente à PrEP (73% vs 77%, $p=0,805$; Tabela 4).

Tabela 4. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 3 na etapa piloto – São Paulo - 2016

Descrição do Caso	Grupo 1	Grupo 2	p-valor
	N=11	N=14	
	Paciente nível socioeconômico elevado	Paciente nível socioeconômico baixo	
Mulher com parceiro HIV+ com dificuldades adesão tratamento			
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	2 (18)	1 (8)	0,435
Sim	9 (82)	13 (92)	
Não concorda nem discorda	-	-	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	9 (82)	9 (62)	0,298
Sim	2 (18)	2 (15)	
Não concorda nem discorda	-	3 (23)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	1 (9)	-	0,805
Sim	8 (73)	11 (77)	
Não concorda nem discorda	2 (18)	3 (23)	

4.2. Resultados SBI e SPI

Foram randomizados 2874 *e-mails* de profissionais associados da SBI e SPI em dois grupos semelhantes, Grupo 1 e 2 com 1437 participantes em cada grupo (Figura 2). Nesta fase obteve-se uma percentagem de resposta de 15% no grupo 1 ($n=211$), das quais quatro não forneceram consentimento para participar do estudo. Em relação ao grupo 2, a percentagem de respostas recebidas foi de 12% ($n=166$), contudo três participantes não consentiram com a participação, sendo excluídos da análise.

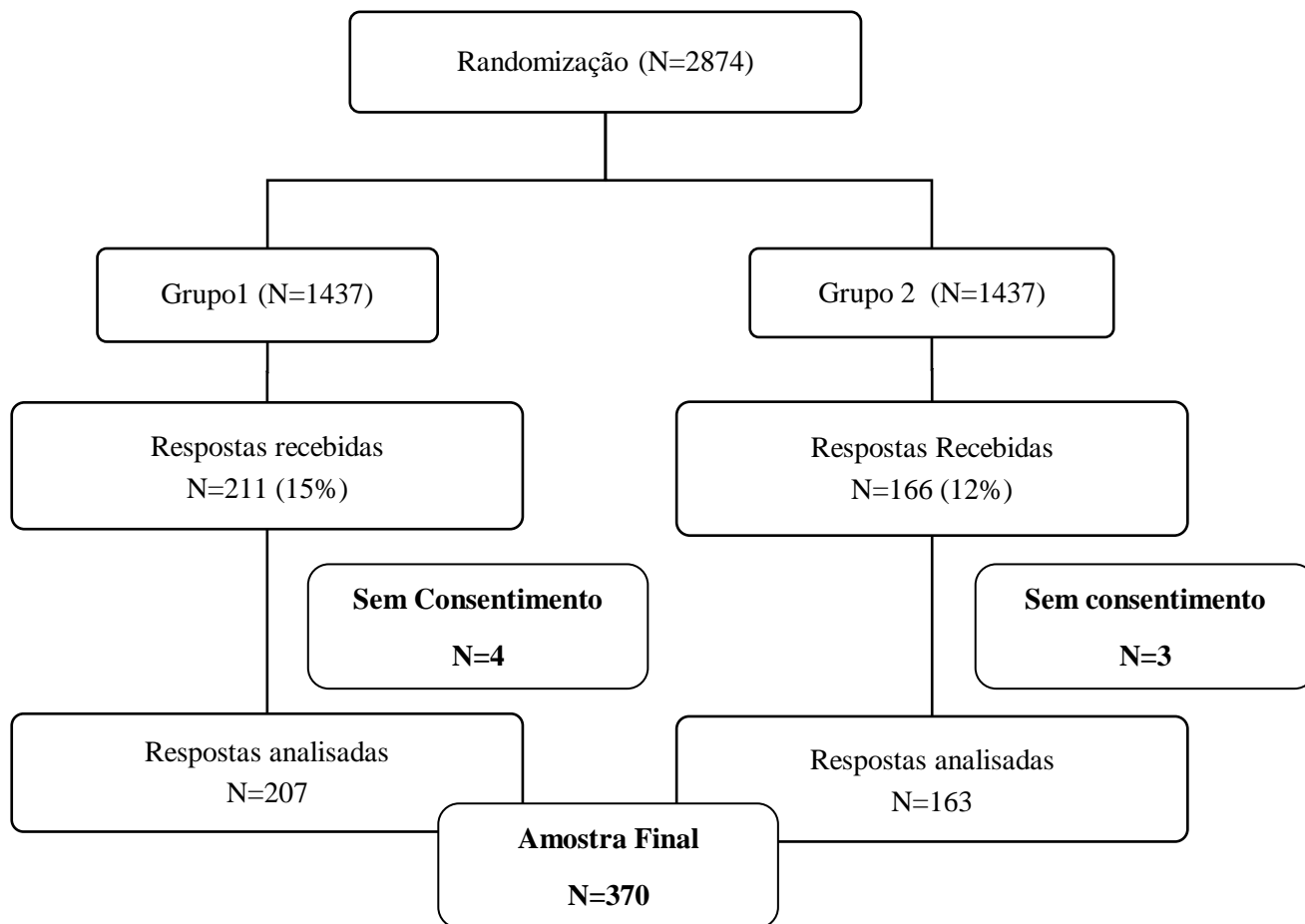


Figura 2. Fluxograma de inclusão dos participantes no estudo

4.2.1. Seção 1: Características demográficas e profissionais dos participantes

A metodologia de randomização aleatória simples permitiu que ambos os grupos fossem semelhantes, sem diferenças significativas em relação aos dados demográficos e profissionais entre o grupo 1 e 2 (tabela 5).

A amostra do estudo foi predominantemente do gênero feminino (60%), com uma idade mediana de 42 anos (intervalo interquartil 35-53 anos) e de raça

branca (78%). Os participantes declararam com maior frequência serem da religião católica (45%). A amostra, na sua maioria, referia ter pós-graduação completa (63%), exercer atividade clínica (87%), e atender pessoas com infecção por HIV/Aids (89%), conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5: Características sociodemográficas e profissionais dos participantes conforme alocação nos grupos 1 e 2 – São Paulo - 2017

	Participantes Total N = 370	Grupo 1 N =207	Grupo 2 N =163	p-valor
Gênero N (%)				
Masculino	139 (38)	76 (37)	63 (39)	0,937
Feminino	222 (60)	125 (60)	97 (60)	
Sem resposta	9 (2)	6 (3)	3 (2)	
Idade	42 (35-53)	42 (35-53)	42 (34-53)	0,959
Raça N (%)				
Amarelo	9 (2)	6 (3)	3 (2)	0,729
Branco	290 (78)	162 (78)	128 (79)	
Indígena	1 (0)	1 (0)	0 (0)	
Pardo	55 (15)	31 (15)	24 (15)	
Negro	2 (1)	1 (0)	1 (1)	
Sem resposta	13 (4)	6 (3)	7 (4)	
Religião N (%)				
Católica	165 (45)	97 (47)	68 (42)	0,387
Evangélica	20 (5)	8 (4)	12 (7)	
Ateu/agnóstico	78 (21)	39 (19)	39 (24)	
Espírita	63 (17)	35 (17)	28 (17)	
Judeu	10 (3)	8 (4)	2 (1)	
Outra/Sem resposta	34 (9)	20 (10)	14 (9)	
Titulação N (%)				
Graduação	1 (0)	1 (0)	0 (0)	0,777
Residência incompleta	9 (2)	4 (2)	5 (3)	
Residência completa	115 (31)	68 (33)	47 (29)	
Pós-Graduação Completa	235 (63)	129 (62)	106 (65)	
Sem resposta	10 (3)	5 (2)	5 (3)	
Exerce atividade clínica atualmente N (%)	322 (87)	181 (87)	141 (87)	0,931
Acadêmico/Afiliado Universidade N(%)	174 (47)	88 (43)	86 (53)	0,050
Atende pessoas vivendo com HIV/Aids N (%)	330 (89)	180 (87)	152 (92)	0,174

4.2.2. Seção 2: Respostas aos casos clínicos fictícios

No caso clínico 1, que descreveu um trabalhador do sexo que procura o serviço para realização de testagem de HIV e outras IST e teve como variável randomizada a identidade de gênero (mulher trans no grupo 1 e homem no grupo 2), não observamos diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na intenção de prescrição de PrEP (68% vs 69%, $p=0,341$), percepção de que a PrEP contribuiria para compensação de risco (35% vs 39%, $p=0,596$) ou preocupações em relação a adesão à PrEP (39% em ambos os grupos, $p=0,489$; tabela 6).

Tabela 6. Intenção de Prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no Caso Clínico 1 – São Paulo - 2017

	Grupo 1 N=207	Grupo 2 N=163	p-valor
Descrição do Caso	Paciente Mulher	Paciente Homem	
Trabalhador do sexo procurando testagem HIV e outras IST	Trans		
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	38 (18)	26 (16)	
Sim	140 (68)	112 (69)	0,341
Não concorda nem discorda	29 (14)	25 (15)	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	81 (39)	63 (39)	
Sim	72 (35)	63 (39)	0,596
Não concorda nem discorda	54 (26)	37 (23)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	33 (16)	26 (16)	
Sim	80 (39)	63 (39)	0,489
Não concorda nem discorda	94 (45)	74 (45)	

No caso clínico 2, que apresentou um paciente HSH que procura o serviço para receber PrEP e teve como variável randomizada o uso de drogas recreativas (usuário no grupo 1 e não usuário no grupo 2), não encontramos

diferença estatisticamente significativa na intenção de prescrição de PrEP pelos MI (63% vs 64%, $p=0,192$), ou nas preocupações em relação a compensação de risco (46% vs 43%, $p=0,757$). Contudo, em relação a preocupações com a adesão ao medicamento, os MI no grupo 1 demonstraram-se mais preocupados (37% vs. 16%, $p<0,001$; Tabela 7).

Tabela 7. Intenção de prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no caso clínico 2 – São Paulo - 2017

	Grupo 1 N=207	Grupo 2 N=163	p-valor
Descrição do Caso	Paciente HSH	Paciente HSH	
HSH procura serviço saúde solicitando PrEP	usuário drogas recreativas	não usuário drogas recreativas	
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	41 (20)	26 (16)	0,192
Sim	131 (63)	105 (64)	
Não concorda nem discorda	35 (17)	32 (20)	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	62 (31)	56 (34)	0,757
Sim	96 (46)	70 (43)	
Não concorda nem discorda	47 (23)	67 (41)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	77 (37)	26 (16)	<0,001
Sim	50 (24)	70 (43)	
Não concorda nem discorda	80 (39)	67 (41)	

No caso clínico 3, que apresentou uma mulher soronegativa com parceiro vivendo com HIV não aderente ao tratamento antirretroviral, foi randomizada a característica nível socioeconômico, elevado no grupo 1 e baixo no grupo 2, conforme descrito na tabela 8. A análise dos dois grupos permitiu observar que não existem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos na intenção de prescrição de PrEP (77% vs. 77%, $p=0,680$), na expectativa de

aumento de práticas de risco ou compensação de risco (14% vs. 15%, $p=0,395$) ou na antecipação de boa adesão ao tratamento (76% vs. 78%, $p=0,723$).

Tabela 8. Intenção de Prescrição de PrEP, expectativa de compensação de risco e adesão à PrEP no Caso Clínico 3 – São Paulo - 2017

	Grupo 1 N=207	Grupo 2 N=163	p-valor
Descrição do Caso	Paciente nível socioeconômico elevado (advogada)	Paciente nível socioeconômico baixo (faxineira)	
Mulher com parceiro HIV+ com dificuldades adesão tratamento			
Prescreveria PrEP? N (%)			
Não	21 (10)	15 (9)	0,680
Sim	159 (77)	125 (77)	
Não concorda nem discorda	27 (13)	23 (14)	
Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco? N (%)			
Não	140 (68)	103 (63)	0,395
Sim	28 (14)	25 (15)	
Não concorda nem discorda	39 (19)	35 (21)	
Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento? N (%)			
Não	8 (4)	5 (3)	0,723
Sim	157 (76)	127 (78)	
Não concorda nem discorda	42 (20)	27 (17)	

4.2.3. Seção 3: Atitudes e conhecimento dos profissionais de saúde

A análise dos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde sobre PrEP permitiu traçar o perfil geral da amostra, apresentada na tabela 9. Trata-se de uma amostra de médicos que relataram estar informados ou muito informados sobre a PrEP (75%). A maioria relatou já ter sido questionada sobre PrEP pelos seus pacientes (61%), contudo 71% nunca tinha realizado prescrição de PrEP no momento da aplicação do questionário.

Em relação à evidência científica até ao momento da aplicação do questionário, como potenciais problemas ainda alguns MI identificaram a baixa

eficácia em alguns estudos (35%), mas na sua maioria concordaram com a existência de evidência científica de eficácia da PrEP (63%).

Tabela 9. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre PrEP – São Paulo - 2017

Conhecimentos e atitudes	Opções de resposta	Frequências (%) N=370
Qual você considera ser seu grau de conhecimento sobre PrEP?	Nada informado	-
	Pouco informado	58 (16)
	Informado	201 (54)
	Muito informado	79 (21)
	Sem resposta/ <i>missing</i>	32 (9)
Os seus pacientes já o questionaram sobre PrEP?	Não	107 (29)
	Sim	227 (61)
	Sem resposta/ <i>missing</i>	36 (10)
Já prescreveu PrEP a alguém?	Não	261 (71)
	Sim	70 (19)
	Sem resposta/ <i>missing</i>	39 (11)
Considero um problema a PrEP ter baixa eficácia em alguns estudos.	Concordo fortemente	26 (7)
	Concordo	104 (28)
	Não concordo, nem discordo	78 (21)
	Discordo	93 (25)
	Discordo fortemente	23 (6)
	Não respondeu/ <i>missing</i>	46 (12)
Eu acho que falta evidência científica para o uso de PrEP.	Concordo fortemente	3 (1)
	Concordo	21 (6)
	Não concordo, nem discordo	71 (19)
	Discordo	160 (43)
	Discordo fortemente	73 (20)
	Não respondeu/ <i>missing</i>	42 (11)

As preocupações dos MI em relação a PrEP foram variadas, apresentadas na tabela 10, destacando a adesão à PrEP na vida real (85%), o aumento da incidência de outras IST (61%), os efeitos colaterais (48%), o aumento do comportamento sexual de risco (47%) e um aumento de resistência do HIV (20%).

Tabela 10. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: preocupações em relação a PrEP – São Paulo - 2017

Conhecimentos e atitudes	Opções de resposta	Frequências (%) N=370
Eu me preocupo com o grau de adesão ao medicamento que os usuários de PrEP terão na vida real?	Concordo fortemente	182 (49)
	Concordo	135 (36)
	Não concordo, nem discordo	10 (3)
	Discordo	8 (2)
	Discordo fortemente	-
Preocupa-me a ocorrência de efeitos colaterais	Concordo fortemente	38 (10)
	Concordo	139 (38)
	Não concordo, nem discordo	48 (13)
	Discordo	94 (25)
	Discordo fortemente	15 (4)
PrEP pode promover um aumento de comportamento sexual vulnerável.	Concordo fortemente	69 (19)
	Concordo	104 (28)
	Não concordo, nem discordo	74 (10)
	Discordo	72 (19)
	Discordo fortemente	14 (4)
PrEP pode aumentar a incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis.	Concordo fortemente	86 (23)
	Concordo	139 (38)
	Não concordo, nem discordo	49 (13)
	Discordo	54 (15)
	Discordo fortemente	6 (2)
O uso de PrEP vai causar um aumento de infecções por vírus resistentes no Brasil	Concordo fortemente	12 (3)
	Concordo	63 (17)
	Não concordo, nem discordo	113 (31)
	Discordo	108 (29)
	Discordo fortemente	34 (9)
	Não respondeu/ <i>missing</i>	40 (11)

Embora os médicos tenham declarado algumas preocupações relacionadas com o uso de PrEP, ainda consideram, na sua maioria, que a sua implementação é importante (78%), e que a implementação no Brasil é necessária (75%) (tabela 11).

Tabela 11. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: implementação da PrEP – São Paulo - 2017

Conhecimentos e atitudes	Opções de resposta	Frequências (%) N=370
Eu considero importante a implementação de PrEP	Concordo fortemente	122 (33)
	Concordo	140 (38)
	Não concordo, nem discordo	47 (13)
	Discordo	19 (5)
	Discordo fortemente	5 (2)
	Não respondeu/ <i>missing</i>	36 (10)
Considera necessária a implementação de PrEP no Brasil	Não	24 (6)
	Sim	256 (69)
	Não sei	51 (14)
	Não respondeu/ <i>missing</i>	39 (11)

Quando questionados sobre os desafios na implementação da PrEP foram apontados como fortemente de acordo/de acordo, o acesso universal com reconhecimento da vulnerabilidade de grupos específicos (72%), treinamento de uma equipe multidisciplinar (68%), desenvolvimento de uma rede específica de atendimento para PrEP (67%), uma definição clara das indicações para uso de PrEP (59%), uma potencial redução na adesão de outras estratégias de prevenção (46%) e por último um custo excessivo ao sistema de saúde (33%) (tabela 12).

Tabela 12. Atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde: desafios na Implementação da PrEP – São Paulo - 2017

Na sua opinião, quais os maiores desafios na Implementação de PrEP no Brasil?						
	Concordo fortemente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo fortemente	Prefiro não responder
Desenvolvimento de uma rede de locais atendimento específico de PrEP N (%)	107 (28)	148 (39)	15 (4)	53 (14)	2 (1)	51 (14)
Treinamento de equipe multidisciplinar N (%)	111 (30)	143 (38)	20 (5)	48 (13)	3 (1)	54 (14)
Acesso universal reconhecendo a vulnerabilidade de cada grupo N (%)	112 (30)	159 (42)	23 (6)	30 (8)	1 (0)	51 (14)
Potencial redução na adesão de outras estratégias de prevenção N (%)	88 (23)	85 (23)	24 (6)	71 (19)	57 (15)	51 (14)
Custos excessivos para o SUS N (%)	41 (11)	84 (22)	69 (18)	108 (29)	22 (6)	52 (14)
Definição clara dos critérios de indicação de PrEP N (%)	76 (20)	145 (39)	24 (6)	63 (17)	14 (4)	54 (14)

4.2.4. Seção 3: Preditores de conhecimento e atitudes dos MI perante a PrEP

A análise de preditores de conhecimento e atitudes dos MI perante a PrEP iniciou-se com a seleção de algumas variáveis do questionário, referentes aos dados demográficos e profissionais, tais como idade, gênero, religião, titulação acadêmica, tipo de prática e atendimento a pacientes vivendo com HIV.

A idade demonstrou ser um preditor de preocupações com os efeitos colaterais da PrEP. Os médicos infectologistas que eram um pouco mais velhos concordam totalmente/concordam que os efeitos colaterais da PrEP são uma preocupação, comparando com os MI mais jovens que discordam totalmente/discordam (idade mediana 43 vs 40, $p=0.0289$).

Durante a análise, gênero acabou por não se verificar como preditor de conhecimento e atitudes face a PrEP.

Titulação foi analisada e observou-se ser um preditor de conhecimento e atitudes sobre a PrEP, categorizando em Mestrado/doutorado vs outros. Ter uma pós-graduação (mestrado ou doutorado) mostrou-se ser preditor de maior preocupação com a adesão a PrEP (concordo totalmente/concordo) (99% vs 95%, $p=0.021$). Foi também observada uma relação entre pós-graduação com preocupação em estudos que demonstraram baixa eficácia de PrEP (59% vs 43%, $p=0.014$), assim como sendo ser preditor de preocupação com limitada evidência científica de PrEP, ter mestrado/doutorado demonstra menos preocupação (6% vs 16%, $p=0.006$).

O preditor tipo de prática (acadêmico/afiliado a universidades vs trabalho em instituições não acadêmicas) demonstrou-se relacionado com limitação de evidência científica de PrEP. MI que têm um vínculo de trabalho com universidades demonstram menos preocupação com limitação de evidência científica (3% vs 15%, $p=0.001$).

O preditor atendimento de pacientes vivendo com HIV observou-se relacionado com o conhecimento de PrEP. Os MI que atendem pacientes com infecção por HIV têm mais conhecimento sobre PrEP do que aqueles que não atendem pacientes vivendo com HIV (84% vs 65%, $p=0.023$).

O preditor religião, categorizado entre ateus vs declararam uma religião (católica, evangélica, espírita, judeu, outra). Religião verificou-se estar relacionada com a preocupação de aumento de comportamentos sexuais de risco, ateus apresentaram menos essa preocupação comparando com aqueles

que declararam uma religião (46% vs 72%, razão de prevalências 1,56, 95% IC 1,16-2,09, $p < 0,001$).

Os MI que se identificaram como ateus também sinalizam menos a existência da preocupação da PrEP causar um aumento de infecções por vírus resistentes no Brasil, comparando com aqueles que se identificaram com outra religião (18% vs 40%, $p = 0,003$).

4.2.5. Seção 3: Prescrição de PrEP

Na seção 3, apresentamos aos MI vários grupos de indivíduos com elevada vulnerabilidade de infecção por HIV e perguntamos a quem a PrEP seria prescrita.

Os grupos a quem os MI prescreveriam PrEP, distribuídos por porcentagem, foram casais sorodiscordantes (70%), trabalhadores do sexo (69%), homens gay/MSM (55%), pessoas com elevado número de parceiros (47%), pessoas com relações sexuais sem uso de preservativo (46%), pessoas que praticam relações sexuais sobre a influência de drogas (43%), homens transexuais (38%), pessoas que utilizaram PEP (37%), mulheres transexuais (33%), pessoas com histórico de IST (31%), pessoas usuárias de drogas ilícitas (28%), pessoas reclusas (19%) e pessoas com abuso de álcool (14%).

Em uma análise adicional sobre o efeito da religião na intenção de prescrição de PrEP em grupos com maior vulnerabilidade de infecção por HIV, foi realizada uma regressão logística multivariada ajustada por idade, gênero, titulação acadêmica e atendimento clínico de pessoas vivendo com HIV/AIDS; os MI que declaram ter alguma religião apresentaram 0,55 vezes a chance de

prescrição de PrEP a pessoas com relações sexuais sem uso de preservativo quando comparados àqueles sem religião declarada (intervalo de confiança 95% 0,32-0,94, $p=0,029$).

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo a aplicação de um questionário aos MI cadastrados na SPI ou SBI, para descrever os conhecimentos e atitudes face a PrEP, e principalmente a intenção de prescrever a PrEP, antes de ser implementada no SUS. Como estratégia, utilizamos casos clínicos fictícios, com a randomização de variáveis de caracterização dos pacientes que, hipoteticamente, poderiam influenciar a decisão de prescrição de PrEP, a percepção de adesão e/ou de aumento de comportamento de risco em uso de PrEP.

Conforme nossa primeira hipótese, de que características sociodemográficas dos médicos infectologistas estariam associadas ao conhecimento sobre PrEP, neste estudo conseguimos observar uma relação entre a atividade profissional, atendimento de pacientes vivendo com HIV, e um conhecimento elevado sobre PrEP. Assim, foi também verificado que características sociodemográficas e crenças pessoais dos médicos infectologistas estariam associadas à intenção de prescrição de PrEP. MI com religião declarada demonstraram ter maior preocupação com compensação de risco e menos intenção de prescrever PrEP a pessoas que relatam ter relações sexuais sem uso do preservativo do que MI que se identificaram sem religião. Ainda em relação às características sociodemográficas da amostra deste estudo, verificou-se que a maioria dos participantes estava bem informados e tinham atitudes positivas em relação a PrEP, à semelhança de outros estudos de mesma natureza realizados em diferentes países(29,44,45). A relação entre maior conhecimento de PrEP e maior intenção de prescrição de PrEP também foi

verificada com este estudo, como seria de esperar; MI mais familiarizados com a PrEP se consideram mais preparados para prescrever PrEP(25,44–49).

A randomização dos casos clínicos não teve uma influência significativa sobre a intenção de prescrição de PrEP em ambos os grupos. Nas características dos pacientes identidade de gênero, uso de drogas recreativas e nível socioeconômico, a porcentagem de MI que declaram intenção de prescrição de PrEP permaneceu elevada nessa amostra.

Não foi também verificada uma influência significativa sobre antecipação de compensação de risco relacionada com o uso de PrEP nas três características dos pacientes, randomizados em dois grupos.

Em relação à antecipação de boa adesão, também não foi verificada uma influência significativa relacionada com as características de identidade de gênero e nível socioeconômico. Entretanto, os MI demonstraram mais preocupações com a adesão à PrEP entre usuários de drogas recreativas. Este resultado foi também verificado em estudos que relacionam uma má adesão a TARV em usuários de drogas(39,40) e em estudos que demonstraram que características dos pacientes poderiam influenciar a prescrição de PrEP, mostrando maior intenção de prescrição a pessoas em relacionamentos sorodiscordantes e menor intenção de prescrição a usuários de droga intravenosa(50).

Uma avaliação de intenção de prescrição foi também analisada na seleção dos grupos de pessoas com vulnerabilidade de infecção por HIV a quem os participantes prescreveriam PrEP. Encontramos uma variabilidade importante nos resultados, com a porcentagem mais elevada em casais sorodiscordantes (70%) e mais baixa em pessoas que reportam relações sexuais sem preservativo (46%). A decisão de prescrição de PrEP a estes grupos não é coerente com os

dados até então publicados de prevalência de HIV no Brasil, nem com as diretrizes mundiais de prevenção. A sinalização de casais sorodiscordantes como o grupo mais vulnerável à infecção por HIV não corresponde ao conhecimento atual e às campanhas mundiais de TasP e I=I (indetectável = Intransmissível), embasadas nos resultados dos estudos Partner 1 e 2, HPTN 052, Partners PrEP e Opposites Attract, que não identificaram qualquer caso de transmissão vinculada do HIV em mais de 75.000 relações sexuais desprotegidas entre casais sorodiscordantes para o HIV nos quais o parceiro infectado encontrava-se sob supressão viral.(51–54) Contudo, salientamos que a campanha I=I teve maior expressão no Brasil após a realização deste questionário, no fim do ano de 2017. Seria interessante repetir esta questão aos profissionais de saúde atualmente, de forma a verificar o impacto da campanha e da evidência científica I=I, na intenção de prescrição de PrEP em casais sorodiferentes.

Outros dados de prevalência de infecção por HIV entre HSH(7,55) e mulheres trans(8) tampouco refletiram o a intenção de prescrição de PrEP observada em nossos resultados; para tais grupos seria esperada maior intenção de prescrição de PrEP, principalmente pela vulnerabilidade social de ambas populações-chave.

Os MI apresentaram também algumas preocupações em relação à prescrição de PrEP, nomeadamente adesão, eventos adversos, aumento de comportamento de risco e aumento de outras IST, à semelhança de outros estudos de metodologia similar(29,44,45,47,56), embora a evidência científica disponível no momento de aplicação do questionário indicasse que a PrEP é

uma prevenção segura e que sem contribuição robusta para um aumento do comportamento de risco.(13,57,58)

As preocupações reportadas por MI em nosso estudo foram significativamente relacionadas com alguns preditores, nomeadamente idade, titulação, tipo de práticas e atendimento de pacientes vivendo com HIV, e religião declarada.

A religião do MI foi um fator identificado como influenciador de preocupações com compensação de risco e com risco de indução de resistência viral, bem como da intenção de prescrição da PrEP. Pessoas com religião declarada demonstraram menor intenção de prescrição de PrEP a pessoas que não utilizam preservativo nas relações sexuais, possivelmente justificando assim uma menor taxa de prescrição a esse grupo. A religião está intimamente relacionada com crenças pessoais e moralidade. O impacto da religião dos profissionais de saúde no estigma sobre HIV tem sido avaliado em outros estudos. Dois estudos realizados em Porto Rico demonstraram uma associação positiva entre religião e estigma relacionado com a infecção por HIV entre profissionais de saúde(59) e estudantes de medicina(60). Valores pessoais, moralidade e estigma relacionados com o estilo de vida, orientação sexual ou sexo sem uso de preservativo são identificados como possíveis barreiras na prescrição e acesso à PrEP. O real impacto das percepções e construtos sociais dos MI na prescrição de PrEP permanece desconhecida no momento deste estudo. Seria interessante para estudos futuros, aplicar o mesmo questionário, utilizando uma estratégia de randomização nos profissionais inseridos nos serviços de atendimento de PrEP no SUS.

Nosso estudo teve algumas limitações. Nossa amostra de MI incluiu somente aqueles cadastrados em sociedades profissionais de infectologistas, que podem não adequadamente representar o universo de médicos infectologistas brasileiros. Além disso, considerando-se a taxa de retorno de respostas e consentimento dos participantes deste estudo, tivemos apenas aproximadamente 13% de respostas válidas dentre o total de questionários enviados. A participação voluntária destes profissionais de saúde, bem como as características demográficas e de formação acadêmica da nossa amostra sugerem que houve uma participação preferencial de MI com níveis elevados de conhecimento e possivelmente mais envolvidos com a prevenção do HIV. Embora as características demográficas de interesse nos casos clínicos fictícios tenham sido randomizadas entre os participantes, é plausível estimar que as respostas obtidas sejam uma estimativa otimista das atitudes, conhecimentos e intenção de prescrição de PrEP. Baixas taxas de retorno foram também observadas em estudos semelhantes, com metodologias equivalentes(48,56,61).

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Em conclusão, neste estudo de corte transversal com uma amostra de MI diferenciada, observamos conhecimentos e atitudes positivos face a PrEP, embora sinalizando algumas preocupações relacionadas com o uso de PrEP, efeitos colaterais, adesão, compensação de risco e aumento de outras IST. A presença de religião declarada pelo MI foi neste estudo um preditor de mais frequente preocupação com compensação de risco e potencial desenvolvimento de resistência viral, e foi ainda preditor independente de menor intenção de prescrição de PrEP a pessoas que relatam relações sexuais sem uso de preservativo.

Comunidades com um embasamento religioso importante devem reforçar e replicar continuamente treinamentos sobre PrEP, relacionando o impacto negativo do estigma e da moralidade na prescrição e PrEP, e conseqüentemente na vinculação do paciente nos serviços de saúde.

O treinamento de futuros profissionais de saúde, ainda na sua formação acadêmica, deve também focar-se na importância de um atendimento ao paciente livre de preconceitos, sem julgamento do outro, principalmente trabalhando com populações vulneráveis.

7. ANEXO A

Tabela 13 - Intenção de prescrição de PrEP a grupos com maior vulnerabilidade, associada aos valores de prevalência de HIV no Brasil

	Frequência (%)	Prevalência HIV (comparação com pop. Geral no Brasil)
Gays/HSB	55%	18.4%(7)
Mulheres Transexuais	33%	31.2(8)
Homens Transexuais	38%	-
Pessoas usuárias drogas ilícitas	28%	5.9%(3)
Pessoas com abuso de álcool	14%	-
Pessoas trabalhadoras do sexo	69%	5.3%(3)
Pessoas reclusas	19%	1.3%(3)
Pessoas com elevado número de parceiros	47%	-
Pessoas com relações sexuais sem uso de preservativo	46%	-
Pessoas com histórico de IST	31%	-
Pessoas que praticam relações sexuais sobre a influência de drogas	43%	-
Pessoas que utilizaram PEP	37%	-
Casais Sorodiscordantes	70%	-

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. UNAIDS data 2018. 2018.
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493–505.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília; 2017. 48 p.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2018. Brasília; 2018.
5. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD. What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. Lima VD, editor. *PLoS One*. 2016 May 9;11(5):e0154893.
6. Pesquisa aponta que 70% dos gays de SP já sofreram agressão -. Folha de SPaulo [Internet]. [cited 2015 Dec 10]; Available from: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/07/1126174-pesquisa-aponta-que-70-dos-gays-de-sp-ja-sofreram-agressao.shtml>
7. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Mota RS, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: Results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Med (United States)*. 2018;97(1S):S9–15.
8. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Moreira RI, Garcia ACF, Castro C V, et al. Unveiling HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV*. 2018;4(4):1–17.
9. Center for Disease Control and Prevention. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the united states - 2017 update. 2017.
10. World Health Organization. Guideline on when to start antiretriviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. 2015.
11. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587–99.
12. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(9):820–9.
13. Marcus JL, Glidden D V., Mayer KH, Liu AY, Buchbinder SP, Amico KR, et al. No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily

- Oral HIV Preexposure Prophylaxis. *PLoS One*. 2013;8(12):e81997.
14. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):399–410.
 15. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):423–34.
 16. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* (London, England). 2013 Jun 15;381(9883):2083–90.
 17. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med*. 2012 Aug 2;367(5):411–22.
 18. Marrazzo JM, Ramjee G, Richardson BA, Gomez K, Mgodini N, Nair G, et al. Tenofovir-Based Preexposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 Feb 5 [cited 2019 Apr 21];372(6):509–18. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1402269>
 19. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. *Lancet HIV*. 2017 Sep;4(9):e402–10.
 20. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015 Dec 3;373(23):2237–46.
 21. Hoagland B, De Boni RB, Moreira RI, Madruga JV, Kallas EG, Goulart SP, et al. Awareness and Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Brazil. *AIDS Behav*. 2017 May 17;21(5):1278–87.
 22. Hoagland B, Moreira RI, De Boni RB, Kallas EG, Madruga JV, Vasconcelos R, et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21472.
 23. Grinsztejn B, Hoagland B, Moreira RI, Kallas EG, Madruga J V, Goulart S, et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. *Lancet HIV*. 2018 Mar;5(3):e136–45.
 24. Sharma M, Wilton J, Senn H, Fowler S, Tan DHS. Preparing for PrEP: Perceptions and Readiness of Canadian Physicians for the Implementation

- of HIV Pre-Exposure Prophylaxis. *PLoS One*. 2014;9(8):e105283.
25. Blumenthal J, Jain S, Krakower D, Sun X, Young J, Mayer K, 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 Behav*. 2015;19(5):802–10.
 26. Tripathi A, Ogbuanu C, Monger M, Gibson JJ, Duffus WA. Preexposure Prophylaxis for HIV Infection. *South Med J*. 2012;105(4):199–206.
 27. Desai M, Gafos M, Dolling D, McCormack S, Nardone A. Healthcare providers' knowledge of, attitudes to and practice of pre-exposure prophylaxis for HIV infection. *HIV Med*. 2015;n/a-n/a.
 28. Cassenote AJF, Scheffer MC, Segurado AAC, Cassenote AJF, Scheffer MC, Segurado AAC. Brazilian infectious diseases specialists: who and where are they? *Brazilian J Infect Dis*. 2016 Mar;20(2):141–8.
 29. Tang EC, Sobieszczyk ME, Shu E, Gonzales P, Sanchez J, Lama JR. Provider Attitudes Toward Oral Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention Among High-Risk Men Who Have Sex with Men in Lima, Peru. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2014;30(5):416–24.
 30. Puro V, Palummieri A, De Carli G, Piselli P, Ippolito G. Attitude towards antiretroviral pre-exposure prophylaxis (PrEP) prescription among HIV specialists. *BMC Infect Dis*. 2013;13(1):217.
 31. Hurt CB, Eron Jr. JJ, Cohen MS. Pre-Exposure Prophylaxis and Antiretroviral Resistance: HIV Prevention at a Cost? *Clin Infect Dis*. 2011;53(12):1265–70.
 32. Supervie V, García-Lerma JG, Heneine W, Blower S. HIV, transmitted drug resistance, and the paradox of preexposure prophylaxis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(27):12381–6.
 33. Golub SA, Kowalczyk W, Weinberger CL, Parsons JT. Preexposure prophylaxis and predicted condom use among high-risk men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;54(5):548–55.
 34. Krakower DS, Mimiaga MJ, Rosenberger JG, Novak DS, Mitty JA, White JM, et al. Limited Awareness and Low Immediate Uptake of Pre-Exposure Prophylaxis among Men Who Have Sex with Men Using an Internet Social Networking Site. *PLoS One* [Internet]. 2012;7(3):e33119. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84859078297&partnerID=tZOtx3y1>
 35. Wilton J, Senn H, Sharma M, Tan DH. Pre-exposure prophylaxis for sexually-acquired HIV risk management: a review. *HIV AIDS (Auckl)*. 2015;7:125–36.
 36. White JM, Mimiaga MJ, Krakower DS, Mayer KH. Evolution of Massachusetts Physician Attitudes, Knowledge, and Experience Regarding the Use of Antiretrovirals for HIV Prevention. *AIDS Patient Care*

- STDS. 2012;26(7):120613073450003.
37. Petroll AE, Mosack KE. Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Oct 19];38(1):63–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4141481&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 38. Calabrese SK, Earnshaw VA, Underhill K, Hansen NB, Dovidio JF. The impact of patient race on clinical decisions related to prescribing HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): assumptions about sexual risk compensation and implications for access. *AIDS Behav*. 2014;18(2):226–40.
 39. McGowan CC, Weinstein DD, Samenow CP, Stinnette SE, Barkanic G, Rebeiro PF, et al. Drug Use and Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Persons in Two U.S. Clinic Cohorts. *PLoS One*. 2011;6(4):e18462.
 40. Westergaard RP, Ambrose BK, Mehta SH, Kirk GD. Provider and clinic-level correlates of deferring antiretroviral therapy for people who inject drugs: a survey of North American HIV providers. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(1):10.
 41. Woolf-King SE, Rice TM, Truong H-HM, Woods WJ, Jerome RC, Carrico AW. Substance use and HIV risk behavior among men who have sex with men: the role of sexual compulsivity. *J Urban Health*. 2013 Oct;90(5):948–52.
 42. Chariyalertsak S, Kosachunhanan N, Saokhieo P, Songsupa R, Wongthanee A, Chariyalertsak C, et al. HIV incidence, risk factors, and motivation for biomedical intervention among gay, bisexual men, and transgender persons in Northern Thailand. *PLoS One*. 2011;6(9):1–8.
 43. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research Electronic Data Capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inf* [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 21];42(2):377–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700030/pdf/nihms106655.pdf>
 44. Nunn AC, Liu J, Melendez J, Mejia C, Ross I, Chan PA, et al. Awareness and attitudes of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among physicians in Guatemala: Implications for country-wide implementation. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173057.
 45. Wouters K, Pirotte B, Reyniers T, Laga M, Hoornenborg E, Bil JP, et al. Physicians' preparedness for pre-exposure prophylaxis: results of an online survey in Belgium. *Sex Health*. 2018;15(6):606.
 46. Petrolla AE, Walsh JL, Owczarzak JL, McAuliffe TL, Bogart LM, Kelly JA. HHS Public Access. *AIDS Behav*. 2017;21(5):1256–67.

47. Phillips KA, Shah M, Cunningham CO, Berkenblit G V., Patel V V., Edelman EJ, et al. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2016;32(1):62–70.
48. Seidman D, Carlson K, Weber S, Witt J, Kelly PJ. United States family planning providers' knowledge of and attitudes towards preexposure prophylaxis for HIV prevention: A national survey. *Contraception.* 2016;93(5):463–9.
49. Zimet G, Mullins TLK, Kahn JA, Thornton S, Lally M, Xu J. HIV Care Providers' Intentions to Prescribe and Actual Prescription of Pre-Exposure Prophylaxis to At-Risk Adolescents and Adults. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(12):504–16.
50. Adams L, Balderson B. HIV Providers' Likelihood to Prescribe Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention Differs By Patient Type: A Short Report. *AIDS Care.* 2016;55(28(9)):1154–8.
51. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 2016 Jul 12;316(2):171.
52. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 2016 Sep 18;375(9):830–9.
53. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV.* 2018;5:438–47.
54. A. Rodger, V. Cambiano, T. Bruun, P. Vernazza, S. Collins, G.M. Corbelli, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. In *AIDS2018*; 2018 [cited 2019 Apr 21]. Available from: <https://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/13470>
55. Kerr LRFS, Mota RS, Kendall C, Pinho ADA, Mello MB, Guimarães MDC, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *Aids.* 2013;27(3):427–35.
56. Tellalian D, Maznavi K, Bredeek UF, Hardy WD. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Infection: Results of a Survey of HIV Healthcare Providers Evaluating Their Knowledge, Attitudes, and Prescribing Practices. *AIDS Patient Care STDS.* 2013;27(10):553–9.
57. Magnus M, Dovidio JF, Kershaw TS, Calabrese SK, Hansen NB, Mayer KH, et al. "Support Your Client at the Space That They're in": HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Prescribers' Perspectives on PrEP-Related Risk Compensation. *AIDS Patient Care STDS.* 2017;31(4):196–204.
58. Carlo Hojilla J, Koester KA, Cohen SE, Buchbinder S, Ladzekpo D,

- Matheson T, et al. Sexual Behavior, Risk Compensation, and HIV Prevention Strategies Among Participants in the San Francisco PrEP Demonstration Project: A Qualitative Analysis of Counseling Notes. *AIDS Behav.* 2016 Jul 3;20(7):1461–9.
59. Varas-Díaz N, Neilands TB, Malavé Rivera S, Betancourt E. Religion and HIV/AIDS stigma: Implications for health professionals in Puerto Rico. *Glob Public Heal.* 2010;5(3):295–312.
60. Varas-Díaz N, Neilands TB, Citrón-Bou F, Santos-Figueroa A, Marzán-Rodríguez M, Marques D. Religion and HIV/AIDS Stigma in Puerto Rico: A Cultural Challenge for Training Future Physicians. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2014;13(4):305–8.
61. Silverman T, Schrimshaw E, Franks J, Hirsch-Moverman Y, Ortega H, El-Sadr W, et al. Response Rates of Medical Providers to Internet Surveys Regarding Their Adoption of Preexposure Prophylaxis for HIV: Methodological Implications. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2018;(17).

9. APÊNDICE

9. APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO CAPREP

CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS MÉDICOS INFECTOLOGISTAS SOBRE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)



Prezado colega,

Estamos desenvolvendo, com o apoio da (Sociedade Brasileira de Infectologia) (Sociedade Paulista de Infectologia), este estudo com o objetivo de realizar um levantamento dos conhecimentos e atitudes mais comuns sobre Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) entre os médicos infectologistas no Brasil – Estudo CAPrEP. A PrEP consiste num novo método de prevenção de HIV com eficácia e segurança comprovada em diversos ensaios clínicos. Esta estratégia envolve o uso diário de um antirretroviral coformulado (Tenofovir e Emtricitabina) por indivíduos com elevada vulnerabilidade ao HIV para diminuir o risco de infecção. A PrEP ainda não foi implementada no Brasil, mas existe um estudo demonstrativo (PrEP Brasil) continua em andamento.

Você está sendo convidado a participar de um estudo nacional para saber mais sobre o conhecimento, opiniões, preocupações e necessidades relacionadas à PrEP, uma metodologia adicional de prevenção contra a infecção por HIV.

Algumas considerações:

1. A informação coletada é confidencial e anônima.
2. Não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaríamos de saber a sua opinião sobre o assunto.
3. A sua participação é voluntária, e você pode desistir a qualquer momento do questionário.

4. O questionário é composto de 3 partes e requer aproximadamente 10 minutos do seu tempo.
5. Não existem riscos conhecidos relacionados com a participação neste estudo.

Investigadores

Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo

- Natália Barros Cerqueira – Psicóloga
- Dra. Vivian Avelino-Silva – Médica Infectologista
- Dr. Ricardo Vasconcelos – Médico Infectologista
- Prof. Dr. Esper G. Kallás – Professor Associado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você leu e compreendeu os objetivos propostos, e aceita participar do presente estudo?

Não aceito participar do estudo

Aceito participar do estudo

Parte I - Questionário Sócio Demográfico

1. Qual o gênero com que você se identifica? (Se outro, Especifique)
 - a. Masculino
 - b. Feminino
 - c. Trans Homem
 - d. Trans Mulher
 - e. Outro
 - f. Prefiro não responder

Se se identifica com Outro Gênero, especifique qual _____

2. Qual a raça com que você se identifica? (Se outra, Especifique)
 - a. Amarelo
 - b. Branco
 - c. Indígena
 - d. Pardo
 - e. Negro
 - f. Outra
 - g. Prefiro não responder

Se se identifica com Outra Raça, especifique qual _____

3. Você tem nacionalidade Brasileira?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Prefiro não responder

4. Qual a religião com que se identifica? (Se outra, Especifique)
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Ateu/Agnóstico
 - d. Espírita
 - e. Judeu
 - f. Outra
 - g. Prefiro não responder

Se se identifica com Outra Religião, especifique qual _____

5. Qual a sua Idade? _____

6. Qual a sua maior titulação?
 - a. Graduação Incompleta (Aluno Medicina)
 - b. Graduação completa
 - c. Residência incompleta
 - d. Residência completa
 - e. Pós-graduação incompleta
 - f. Pós-graduação completa
 - g. Prefiro não responder

7. Você é infectologista (Responda Sim, se completou residência médica em infectologia e/ou prova de título na especialidade)?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Não se aplica
 - d. Prefiro não responder

8. Há quantos anos você exerce a sua atividade profissional, depois de concluída a residência? _____

9. Em qual cidade você concentra a sua atividade? _____

10. Em qual estado você concentra a sua atividade?
 - a. Acre (AC)
 - b. Alagoas (AL)
 - c. Amapá (AP)
 - d. Amazonas (AM)
 - e. Bahia (BA)
 - f. Ceará (CE)
 - g. Distrito Federal (DF)

- h. Espírito Santo (ES)
- i. Goiás (GO)
- j. Maranhão (MA)
- k. Mato Grosso (MT)
- l. Mato Grosso do Sul (MS)
- m. Minas Gerais (MG)
- n. Pará (PA)
- o. Paraíba (PB)
- p. Paraná (PR)
- q. Pernambuco (PE)
- r. Piauí (PI)
- s. Rio de Janeiro (RJ)
- t. Rio Grande do Norte (RN)
- u. Rio Grande do Sul (RS)
- v. Rondônia (RO)
- w. Roraima (RR)
- x. Santa Catarina (SC)
- y. São Paulo (SP)
- z. Sergipe (SE)
- aa. Tocantins (TO)
- bb. Não se aplica
- cc. Prefiro não responder

11. Você exerce atividade clínica atualmente?

- a. Não
- b. Sim
- c. Não se aplica
- d. Prefiro não responder

12. Quais atividades você exerce na sua rotina diária? (Marque todas que se aplicam. Se outra, especifique.)

- a. Hospital Privado
- b. Consultório

- c. Serviço Público não especializado em HIV
- d. Serviço Público especializado em HIV
- e. Hospital Acadêmico
- f. Ensino Universitário
- g. Pesquisa Clínica
- h. Outra
- i. Prefiro não responder

Se tem outra atividade, especifique qual. _____

13. Você atende pessoas vivendo com HIV/Aids?

- a. Não
- b. Sim
- c. Prefiro não responder

Parte II - Caso clínico fictício: Uma mulher trans procura o seu serviço solicitando testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ela relata que é trabalhadora do sexo e faz programas diariamente. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 1)

Caso clínico fictício: Um homem procura o seu serviço solicitando testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ele relata que é trabalhador do sexo e faz programas diariamente. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 2)

1.1 Eu prescreveria profilaxia pré-exposição (PrEP) a essa pessoa?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

1.2 Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

1.3 Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

Caso clínico fictício: Um paciente HSH (homem que faz sexo com homem) procura o seu serviço solicitando PrEP. Ele refere o uso esporádico de substâncias como Quetamina, GHB e/ou outras anfetaminas (drogas recreativas usadas em festas). Refere práticas sexuais de risco. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 1)

Caso clínico fictício: Um paciente HSH (homem que faz sexo com homem) procura o seu serviço solicitando PrEP. Ele nega uso de drogas recreativas. Refere práticas sexuais de risco. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 2)

1.1. Eu prescreveria profilaxia pré-exposição (PrEP) a essa pessoa?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

2.2. Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

2.3. Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento?

- a. Não concordo
- b. Não concordo, Nem discordo
- c. Concordo
- d. Prefiro não responder

Caso clínico fictício: Uma mulher pergunta em uma consulta se deveria tomar PrEP. Ela é advogada e trabalha em um grande escritório de advocacia. Também é parceira de um homem que vive com HIV e que tem dificuldades para aderir ao uso de antirretrovirais. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 1)

Caso clínico fictício: Uma mulher pergunta em uma consulta se deveria tomar PrEP. Ela é faxineira e ganha aproximadamente um salário mínimo ao mês. Também é parceira de um homem que vive com HIV e que tem dificuldades para aderir ao uso de antirretrovirais. O resultado do teste rápido para o HIV foi Não Reagente. (grupo 2)

- 1.1. Eu prescreveria profilaxia pré-exposição (PrEP) a essa pessoa?
 - a. Não concordo
 - b. Não concordo, Nem discordo
 - c. Concordo
 - d. Prefiro não responder

- 1.2. Você acha que o uso de PrEP levará a um aumento das práticas de risco?
 - a. Não concordo
 - b. Não concordo, Nem discordo
 - c. Concordo
 - d. Prefiro não responder

- 1.3. Você considera que a paciente teria uma boa adesão ao medicamento?
 - a. Não concordo
 - b. Não concordo, Nem discordo
 - c. Concordo
 - d. Prefiro não responder

Parte III - Conhecimentos sobre PrEP

1. Qual você considera ser seu grau de conhecimento sobre PrEP?
 - a. Nada informado
 - b. Pouco informado
 - c. Informado
 - d. Muito informado
 - e. Prefiro não responder

2. Onde adquiriu a informação sobre PrEP? (Assinale todas as alternativas pertinentes)
 - a. Artigos científicos
 - b. Congressos/ Simpósios
 - c. Colegas
 - d. Pacientes
 - e. Internet (websites/blogs)
 - f. Mídia, revistas, jornais, televisão
 - g. Indústria farmacêutica
 - h. Prefiro não responder

3. Os seus pacientes já o questionaram sobre PrEP?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Prefiro não responder

4. Já prescreveu PrEP a alguém?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Prefiro não responder

Qual o esquema antirretroviral de PrEP que prescreveu? _____

5. Você atende pessoas que se beneficiariam de PrEP?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Prefiro não responder

6. Considera necessária a implementação de PrEP no Brasil?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Não sei
 - d. Prefiro não responder

Em relação às seguintes informações sobre PrEP, qual a sua opinião?

Concordo Fortemente, Concordo, Não concordo Nem Discordo, Discordo, Discordo Fortemente, Prefiro não responder

- a. Eu me preocupo com o grau de adesão ao medicamento que os usuários de PrEP terão na vida real
- b. Considero um problema a PrEP ter baixa eficácia em alguns estudos
- c. Preocupa-me a ocorrência de efeitos colaterais.
- d. PrEP pode promover um aumento de comportamento sexual vulnerável.
- e. PrEP pode aumentar a incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis.
- f. Eu considero importante a implementação de PrEP.
- g. Eu acredito na eficácia da PrEP fora de protocolos de pesquisa.
- h. Mesmo reconhecendo a importância de PrEP, eu não gostaria de trabalhar no acompanhamento de pacientes em PrEP.
- i. O uso de PrEP vai causar um aumento de infecções por vírus resistentes no Brasil.
- j. O gasto necessário para oferecimento de PrEP no Brasil será alto demais.
- k. Eu acho que falta evidência científica para o uso da PrEP.
- l. A indicação de PrEP para grupos populacionais específicos pode promover um aumento de estigma e discriminação.

Na sua opinião, quais os maiores desafios na implementação de PrEP no Brasil?
Concordo Fortemente, Concordo, Não concordo nem discordo, Discordo,
Discordo Fortemente

- a. Desenvolvimento de uma rede de locais de atendimento específico do paciente em PrEP
- b. Treinamento da equipe multiprofissional
- c. Universalidade no acesso, reconhecendo as características de cada grupo populacional vulnerável
- d. Abandono de outras estratégias de prevenção, como preservativo, testagem, aconselhamento, etc.
- e. Custos excessivos para o Sistema Único de Saúde
- f. Definição clara de critérios para indicação de PrEP

A que indivíduos você prescreveria PrEP?

- a. Gays/HSB
- b. Mulheres Transexuais
- c. Homens Transexuais
- d. Pessoas usuárias de drogas ilícitas
- e. Pessoas com abuso de álcool
- f. Pessoas Trabalhadoras do sexo
- g. Pessoas Reclusas
- h. Pessoas com elevado número de parceiros
- i. Pessoas com relações sexuais sem uso de preservativo
- j. Pessoas com histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- k. Pessoas que praticam relações sexuais sob a influência de drogas
- l. Pessoas que utilizaram PEP (Profilaxia Pós-Exposição)
- m. Casais sorodiscordantes
- n. Prefiro não responder

Muito obrigada pelo seu tempo disponibilizado com este questionário!

Muito obrigado pela participação neste estudo.

Caso seja do seu interesse obter mais informações sobre esse tema, compartilhamos alguns endereços eletrônicos contendo as recomendações atuais de uso de PrEP nos EUA, bem como a documentos contendo informações atualizadas sobre os principais estudos clínicos nesta área.

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

<http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prepguidelines2014.pdf>

Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205>

No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0081997>

Antiretroviral Preexposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1110711>

Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1108524>

Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61127-7/abstract?cc=y=](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61127-7/abstract?cc=y=)