

Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso

Barriers to access HIV post-exposure prophylaxis: a case study

Barreras de acceso a la profilaxis post exposición al VIH: estudio de caso

Artur Acelino Francisco Luz Queiroz^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-6350-1908>

Isabel Amélia Costa Mendes¹  <https://orcid.org/0000-0002-0704-4319>

Sonia Dias²  <https://orcid.org/0000-0001-5085-0685>

Como citar:

Queiroz AA, Mendes IA, Dias S. Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE039007634.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0007634>



Descritores

Infecções por HIV; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Profilaxia pós-exposição; Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde

Keywords

HIV infections; Acquired immunodeficiency syndrome; Post-exposure prophylaxis; Barriers to access of health services

Descriptores

Infecciones por VIH; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Profilaxis posexposición; Barreras de acceso a los servicios de salud

Submetido

29 de Março de 2021

Aceito

21 de Junho de 2021

Autor correspondente

Isabel Amélia Costa Mendes
Avenida dos Bandeirantes, 3900, 14040-902, Campus
Universitário, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Email: iamendes@usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Marcia Barbieri
(<https://orcid.org/0000-0002-4662-1983>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de
São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Explorar as barreiras de acesso à Profilaxia Pós-Exposição ao HIV percebidas por usuários e profissionais.

Métodos: Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram profissionais médicos e enfermeiros envolvidos no protocolo da profilaxia em Centros de Referência e usuários da prevenção, totalizando 10 participantes, amostragem definida por saturação de dados. As entrevistas gravadas foram transcritas e posteriormente processadas pela Classificação Hierárquica Descendente e por análise de Similitude.

Resultados: Foram obtidas cinco classes: Informação; Centralização de acesso; Fluxo de atendimento; Relações interpessoais nos serviços de saúde e Dificuldades e Barreiras. Existem diversos fatores dificultadores no acesso à prevenção, que perpassam conhecimento, acolhimento e divulgação de informações. Diante do advento da Pandemia de COVID-19 muitos desses problemas se agravam e aumentam a vulnerabilidade de possíveis utilizadores da profilaxia.

Conclusão: O acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV encontra desafios e barreiras, que vão desde o desconhecimento sobre a profilaxia, o que impossibilita sua busca, à centralização dos serviços de saúde e estigmas que permeiam as estruturas dos serviços de saúde.

Abstract

Objective: To explore barriers to access HIV post-exposure prophylaxis perceived by users and professionals.

Methods: This is an exploratory, qualitative study. The research participants were medical professionals and nurses involved in the prophylaxis protocol in Reference Centers and prevention users, totaling 10 participants, a sample defined by data saturation. The recorded interviews were transcribed and later processed by the Descending Hierarchical Classification and by similitude analysis.

Results: Five classes were obtained: Information; Access centralization; Service flow; Interpersonal relationships in healthcare services; Difficulties and barriers. There are several factors that hinder access to prevention, which permeate knowledge, reception and dissemination of information. With the advent of the COVID-19 pandemic, many of these problems are aggravated and increase the vulnerability of possible users of prophylaxis.

Conclusion: Access to HIV post-exposure prophylaxis faces challenges and barriers, ranging from lack of knowledge about prophylaxis, which makes it impossible to pursue it, to the centralization of healthcare services and stigmas that permeate the structures of healthcare services.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Explorar las barreras de acceso a la Profilaxis Post Exposición al VIH percibidas por usuarios y profesionales.

Métodos: Investigación exploratoria con abordaje cualitativo. Los participantes de la investigación fueron profesionales médicos y enfermeros involucrados en el protocolo de profilaxis en Centros de Referencia y usuarios de la prevención, totalizando 10 participantes, muestreo definido por saturación de datos. Se transcribieron las entrevistas grabadas y posteriormente procesadas por la Clasificación Jerárquica Descendente y por medio de análisis de Similitud.

Resultados: Se obtuvieron cinco clases: Información; Centralización de acceso; Flujo de atención; Relaciones interpersonales en los servicios de salud y Dificultades y Barreras. Hay diversos factores que dificultan el acceso a la prevención, que sobrepasan conocimiento, acogida y divulgación de informaciones. Ante el surgimiento de la Pandemia de COVID-19, muchos de esos problemas se agravan y aumentan la vulnerabilidad de posibles utilizadores de la profilaxis.

Conclusión: El acceso a la profilaxis post exposición al VIH encuentra desafíos y barreras, que van desde el desconocimiento sobre la profilaxis, lo que imposibilita su búsqueda, a la centralización de los servicios de salud y estigmas que permean las estructuras de los servicios de salud.

Introdução

Em 2014, em uma ação conjunta para combater a aids como ameaça à saúde pública até 2030, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) lançou as metas 90-90-90, de modo que, até 2020, 90% das pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês HIV) conheçam seu estado sorológico positivo para o vírus, 90% dos diagnosticados com HIV tenham acesso ao tratamento antirretroviral, e que 90% das pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável.⁽¹⁾

Ao analisar a completude da meta,⁽²⁾ percebemos na Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) um ponto de encontro desses indicadores: ao atenderem o protocolo da PEP os usuários (muitos deles de alta vulnerabilidade) são aderidos ao sistema de saúde e encaminhados para tratamento, se necessário.⁽³⁾

A implantação da PEP no Sistema Único de Saúde (SUS) como parte da cascata de cuidado para a prevenção da infecção pelo HIV aconteceu em 2015. No entanto, desde 1990 essa tecnologia já é utilizada de forma pontual, principalmente em caso de acidentes com materiais contaminados ou potencialmente contaminados. Posteriormente, foi gradualmente sendo expandida para casos de violência sexual (1998) e depois para qualquer tipo de exposição sexual (2011).⁽³⁾

Apesar disso, ainda é registrado uma falta de conhecimento a respeito da PEP pela população e profissionais. Populações vulneráveis para o controle da infecção são aqueles potencialmente enfocados nessa estratégia, mas para isso devem ser devidamente instruídos pelo serviço de saúde. Pesquisas recentes apontam que casais soro-discordantes em tratamento desconhecem a opção de aderir a PEP como op-

ção de prevenção⁽⁴⁾ e homens que fazem sexo com homens (HSH) não identificam situações de risco para a exposição ao vírus.⁽⁵⁾

Desse modo, esse estudo tem por objetivo explorar as barreiras de acesso à Profilaxia Pós Exposição ao HIV percebidas por usuários e profissionais.

Métodos

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa fundamentada no método do Discurso do Sujeito Coletivo, onde as falas foram organizadas e tabuladas por meio de expressões-chave que permitiram a identificação das ideias centrais, para que o pensamento coletivo fosse apreendido e agrupado em categorias.⁽⁶⁾

O estudo foi realizado com profissionais da Unidade Básica de Saúde que desenvolviam atividades junto ao e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com atuação há pelo menos um ano. Excluíram-se profissionais que estavam de licença, férias e que não atuavam com o protocolo da PEP.

Entre os usuários, foram convidados os que, em algum momento, já utilizaram o serviço para acessar a PEP, estivessem usando a profilaxia nesse período ou no seguimento posterior. Foram excluídas pessoas privadas de liberdades, devido às diferenças intrínsecas de atendimento dentro do sistema prisional.

As entrevistas ocorreram, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entre junho e agosto de 2019, nos dois serviços que disponibilizam a PEP em Ribeirão Preto (SP): a UPA e

o CTA em sala reservada da instituição, guiada por um roteiro semiestruturado, composto de três questões abertas, que abordavam: a experiência prévia com a PEP, as dificuldades percebidas para seu acesso e quais seriam as formas de diminuir ou eliminar essas dificuldades. A amostra foi composta por 6 usuários e 4 profissionais. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra para análise, os participantes foram entrevistados até atingir a saturação dos dados.

Para processamento de dados, empregou-se a técnica de análise do tipo lexical, com o auxílio do *software* IRaMuTeQ.^(7,8) Para a análise textual, definiu-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os textos são classificados em função de seus respectivos vocábulos e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas.⁽⁹⁾ Posteriormente, procedeu-se a organização das expressões-chave retiradas dos discursos dos entrevistados e identificação das ideias centrais as quais complementaram os achados da CHD e permitiram a delimitação dos depoimentos em classes definitivas.⁽⁸⁾

Complementarmente a isso, foi utilizada a análise de similitude, representando graficamente a estrutura de um conjunto de elementos com os quais a pesquisa linguística se relaciona, distinguindo as partes comuns das especificidades das variáveis codificadas.⁽¹⁰⁾

Foram atendidas as recomendações para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 08198819.2.0000.5393) (parecer nº 3.280.490).

Resultados

O IRaMuTeQ reconheceu a separação do *corpus* em 791 unidades de texto elementares, a partir de 110 segmentos de textos. Foram registradas 3794 ocorrências, com aproveitamento de 60.91% do corpus total, valor que permite sua avaliação, mas indica um baixo nível de conteúdo por parte dos entrevistados, que mesmo inseridos nesta realidade tinham pouca propriedade sobre a problemática (Figura 1).

Classe 1: Informação

Esta classe, a primeira a ser formada, demonstra o início do caminho dos usuários à PEP, retratando seus primeiros contatos com a prevenção e como tiveram conhecimento sobre ela. O desconhecimento afeta diretamente o acesso, fazendo com que os usuários busquem serviços que não prestam o atendimento. A busca pela PEP, em diferentes serviços, faz com que muitos participantes percam o tempo ótimo de acesso (2h) ou até mesmo desistam de buscá-la. Durante os relatos é uma constante que a fonte principal de informação não vem do Serviço de Saúde ou de profissionais, mas de seus pares que já se utilizaram da PEP, o que não exige os entrevistados de uma situação de tentativa e erro, ao buscar maiores informações, serviços e apoio do serviço de saúde.

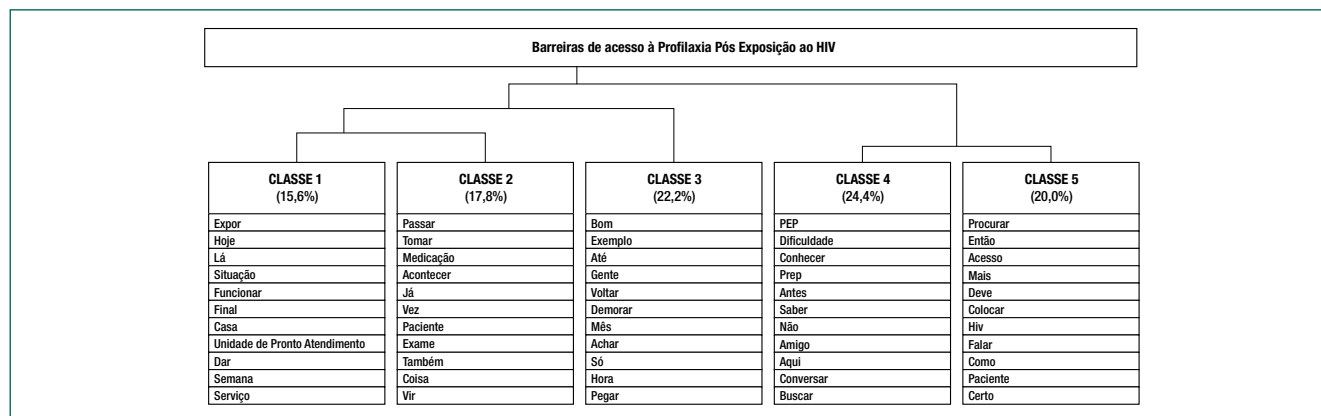


Figura 1. Dendrograma

Classe 2: Centralização de acesso

Esta classe comportou-se como um aprofundamento de uma das barreiras elencadas: a centralização do acesso à PEP. Ainda que disponível em dois tipos de serviços, usuários e profissionais apontam a dificuldade no dia-a-dia desse acesso. A UPA, por sua estrutura e escopo de atendimento, se mostra constantemente superlotada, com longas esperas e pouca privacidade, de forma que muitos participantes escolhem (ou são indicados a) procurar o serviço especializado. Essa situação coloca em risco até mesmo a eficácia da PEP, uma vez que o Centro Especializado funciona em horário comercial e a busca pela UPA fora dessa janela de tempo pode forçar os indivíduos para além das 72 horas de funcionalidade da PEP.

Classe 3: Fluxo de atendimento

Os conteúdos apreendidos nessa classe aparecem como transversais aos das classes anteriores, reunindo os entraves do serviço ao atender aqueles pacientes que conseguem informação (Classe 1) sobre os serviços e Acesso ao mesmo (Classe 2). A construção da experiência de acesso à profilaxia, então, é um processo árduo e que em muitos momentos estimula à sua desistência.

Classe 4: Relações interpessoais nos serviços de saúde

Esta classe encontra-se intimamente relacionada à classe 5, e revela um aspecto particular dos achados: a forma como as relações interpessoais permeiam a navegação pelo sistema de saúde, até alcançar o acesso ao serviço desejado. No entanto, elas podem até mesmo sobrepujar os Protocolos Clínicos, uma vez que mesmo seguindo as recomendações, os usuários podem se deparar com situações vexatorias, de descaso ou violência, criando um ambiente hostil que dificulta o acesso de novos usuários e a adesão de atuais. Em uma terceira esfera, percebe-se o receio do olhar do outro sobre sua decisão de frequentar o serviço de saúde especializado. O estigma sobre o HIV é ainda uma das grandes barreiras para toda e qualquer forma de prevenção, por isso tornar esses ambientes acolhedores vai além de tornar ambientes agradáveis, mas verdadeiramente transformá-los como uma estratégia de prevenção.

Classe 5: Dificuldades e Barreiras

Esta classe se forma a partir de uma bifurcação da anterior, revelando como aspectos básicos (informação) influenciam toda a experiência de acesso a PEP e apresenta-se como sua principal dificuldade. Os profissionais enxergam como detalhes estruturais acabam por afastar as pessoas. Ao buscar evitar o estigma de ir a um centro de tratamento para doenças infecciosas, os indivíduos se dirigem a Unidade de Pronto atendimento e não conseguem acesso, sendo encaminhados para os CTAs. Esse percurso, mediado pelo estigma ao HIV e aos seus serviços, torna o processo mais demorado e põe em risco a eficácia da PEP. Ao serem questionados sobre como esse processo poderia ser melhorado, usuários e profissionais convergiram ao apontar o auxílio de tecnologias para disseminar informação e mediar o primeiro acesso ao serviço de saúde, focando na agilidade da troca de informação e privacidade.

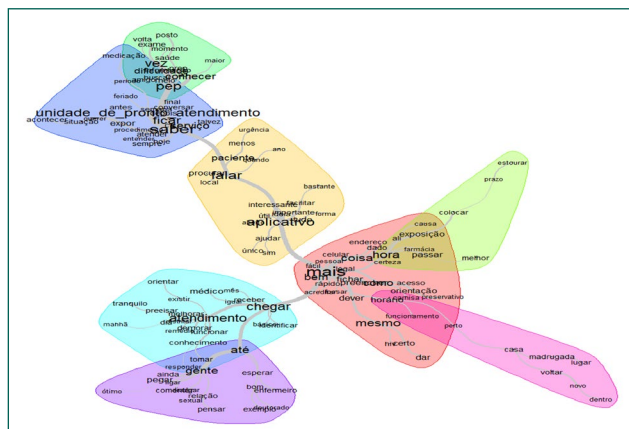


Figura 2. Análise de similitude

Na análise de similitude (Figura 2) conseguimos perceber núcleos de ideias formados a partir das experiências compartilhadas. O primeiro desses núcleos, no quadrante superior esquerdo, aponta como primeira barreira de acesso a dificuldade em conhecer a PEP, e a partir dela vemos seus desdobramentos. A Unidade de Pronto Atendimento aparece nos relatos como uma alternativa para horários fora do ordinário (termo: período e feriado) não como uma solução para a busca, mas como uma etapa do processo, em que as pessoas são informadas (termo: saber) onde buscar atendimento e a PEP (termo: medicação).

A partir daí o corpus converge para um ponto que trata de dois assuntos: a preocupação de a PEP ser uma situação de urgência e como estratégias tecnológicas poderiam ajudar a solucionar as dificuldades apontadas (termo: aplicativo).

Procurando superar essas dificuldades, os participantes apontam rotas de melhorias: aumentar a agilidade e assim diminuir o tempo de acesso a PEP, como destacado pelos termos: mais, rápido, hora e prazo. Informar os locais de acesso à PEP, priorizando aqueles mais próximos às pessoas, tornando seu acesso mais fácil (termos: local, perto e casa). Por fim, mesmo após chegar ao serviço de saúde o atendimento ainda representa uma barreira e reflete necessidade de orientação e acolhimento (termo: atendimento, médico e conversar).

Discussão

Existem diversas barreiras no acesso a PEP, percebidas por seus usuários e os profissionais, que passam conhecimento, acolhimento e divulgação da informação. Com a Pandemia de COVID-19, muitos desses problemas se agravam e aumentam a vulnerabilidade de possíveis utilizadores.

Nos serviços de saúde, as considerações relativas à resiliência e capacidade adaptativa do ambiente construído são centrais para gerenciar os desafios de restrições de oferta, formas alternativas de prestação de serviços e continuidade ampla das operações. Anteriormente ligados aos impactos das mudanças climáticas, os conceitos são recentemente reatribuídos ao COVID-19, o que revela a necessidade de maturidade nos setores de saúde para o desenvolvimento progressivo de práticas e estratégias essenciais associadas à resiliência organizacional.⁽¹¹⁾

Em tempos de crise, reconheça-se que o futuro da pesquisa e da prática em vários domínios da resiliência e adaptação será definido pelas quantificações dos indicadores socioeconômicos e também pela qualificação da experiência humana em todas as suas capacidades de engenhosidade, empatia e responsabilidade moral.⁽¹²⁾ Assim como demonstrado em nossos resultados, ainda que a PEP possua protocolos claros e bem estabelecidos na rede

de atenção, o fator humano se apresenta como uma barreira ainda maior.

Os profissionais e usuários concordam em que existe um distanciamento entre o serviço e a comunidade que visa atender, por vezes dependendo de conexões interpessoais para possibilitar esse acesso. A comunicação precisa e transparente dos serviços de saúde com a comunidade é essencial e desafiadora em emergências, porque determina a confiança do público nas autoridades em detrimento de rumores e desinformação.

A Pandemia de COVID-19 revela como problemas socio-estruturais são recorrentes nos serviços para HIV, devendo ser trabalhados continuamente para fortalecê-los e garantir um atendimento de qualidade que atenda as metas da UNAIDS.

Entre esses aspectos socio-estruturais destaca-se a homofobia estrutural que perpassa várias, senão todas, as instâncias do serviço. Esse fator não apenas afeta a vida de pessoas na comunidade LGBTQIA+, como fragiliza o serviço que falha em atender um dos seus públicos mais vulneráveis e, amplamente, contribui para uma sociedade desigual.

À luz das mudanças globais no financiamento de investimentos para as populações-chave mais afetadas pelo HIV (por exemplo, a ênfase do Fundo Global na orientação sexual e identidade de gênero em sua estratégia de investimento), a importância dos esforços paralelos para reduzir as barreiras ao acesso aos serviços relacionados ao HIV se mostra como uma tendência global com efeitos locais. Esforços direcionados para aliviar esta desigualdade no acesso a intervenções de prevenção do HIV baseadas em evidências para homens que fazem sexo com homens (HSH) são urgentemente necessários para conter com sucesso a epidemia de HIV nesta população. Por exemplo, campanhas de marketing social baseadas na comunidade direcionadas a redes sociais e estratégias de educação em saúde por pares têm se mostrado promissoras na expansão de testes de HIV, tratamento e conhecimento entre HSH mais jovens.⁽¹³⁾

As poucas intervenções baseadas em evidências que são específicas para esses homens mostram-se inadequadas, e aumentar as intervenções existentes de HIV por si só provavelmente será insuficiente,

pois fatores sociais como a homofobia impedem a aceitação dos serviços de prevenção do HIV, especialmente entre este grupo. As disparidades na incidência e no acesso aos serviços de prevenção entre os HSH ainda persistirão, a menos que os serviços de prevenção sejam adaptados às necessidades específicas, as estratégias que promovem a resiliência sejam apoiadas e os esforços para reduzir as barreiras ao acesso sejam desenvolvidos e financiados. Os esforços e metas para erradicar o HIV só serão possíveis por meio de intervenções estruturais que abordam a homofobia e a discriminação - incluindo políticas que descriminalizam a homossexualidade - devem ser implementadas e priorizadas.⁽¹³⁾

A advocacia, visando a leis, políticas e práticas discriminatórias, também tem se mostrado eficaz para remover barreiras aos serviços de HIV, enquanto a evidência de garantir a aplicação da lei está aumentando. Existem evidências do impacto desses tipos de programas de direitos humanos para pessoas que vivem com HIV e populações-chave e vulneráveis ao HIV, variando desde a redução de comportamentos de risco até mesmo para uma incidência reduzida. Ademais, essas evidências apontam claramente para a necessidade de um melhor treinamento de profissionais de saúde reduzir o estigma e programas que promovam a educação legal e a defesa de direitos.⁽¹⁴⁾

Mas são poucos os programas de direitos humanos com financiamento adequado que abordam a discriminação operando em escala nacional. Frequentemente os programas de “estigma e discriminação” são pequenos ou enfatizam o estigma, mas ignoram leis, políticas e práticas discriminatórias. Contam com mensagens que exortam todos a agirem juntos para acabar com o estigma, enquanto ignoram mecanismos sistemáticos, como o judiciário, que podem identificar e responsabilizar aqueles que cometem discriminação.⁽¹⁵⁾ Individualizar o problema, apontando como culpados os pacientes que buscam a PEP por se exporem, ou os profissionais por atitudes homofóbicas, é uma simplificação do problema que não alcança suas raízes e, conseqüentemente, se afasta de uma solução.

Para realmente alcançar a discriminação zero em ambientes de saúde, os governos e os ambientes de

saúde precisam reconhecer os problemas, como aqueles apontados nesta pesquisa, e mudá-los com ações concretas. Integrar assistentes jurídicos em unidades de saúde, criar ouvidorias, combinado com monitoramento independente e defensores da sociedade civil, começaria a tornar concreto que os serviços sejam verdadeiramente Zero Discriminação. Alcançar o “fim da AIDS” é também atender aos objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados à saúde, e exige um compromisso com cuidados disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade para todos.⁽¹⁶⁾

Nossos resultados, mesmo oriundos de uma realidade local, são reflexos de problemas maiores e estruturais, como mencionado anteriormente. A análise dessa realidade, e a exploração de como esta se conecta a diversas áreas de atuação, também permite refletir como a resposta a esses problemas não depende atitudes isoladas, mas de ações intersetoriais.

No contexto de saúde e direitos sexuais e reprodutivos e temáticas vinculadas ao HIV, atenção especial deve ser dada a pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo, pessoas trans, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas e pessoas em prisões e ambientes fechados, com atenção adicional para adolescentes e jovens populações-chave. No entanto, na realidade brasileira essas são as pessoas com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Em um material recente, a OMS⁽¹⁶⁾ recomenda que esferas nacionais trabalhem com o sistema de justiça criminal e parceiros da sociedade civil para emendar as leis e políticas nacionais que comprovadamente impedem as pessoas de acessar os serviços que precisam; reforçando que ações conjuntas e sinérgicas são necessárias para alcançar mudanças.

A maioria dos países da Região Europeia desenvolveu e começou a implementação de estratégias abrangentes de saúde sexual e reprodutiva. Foram introduzidas desde 1994, seguindo as recomendações e o Programa de Ação da Conferência Internacional para População e Desenvolvimento, organizada pelo UNFPA no Cairo, Egito. Geralmente incluem ações intersetoriais, especialmente com respeito a intervenções no setor educacional e juvenil, incluindo a prevenção da violência sexual.^(16,17)

Um dos temas recorrentes das entrevistas foi a falta de automação do processo de acesso a PEP, ainda buro-

crático e analógico. Ao buscar por estratégias de eHealth ou mHealth sobre o tema, uma revisão⁽¹⁸⁾ recente mostrou que existem muito poucas iniciativas dedicadas exclusivamente ao PEP, pois a maioria dos aplicativos aborda aspectos genéricos do HIV. As análises de objetivo e conteúdo mostram que esses aplicativos são muito semelhantes às estratégias tradicionais (livretos e sites) por usarem pouco ou nada da ampla gama de ferramentas que um smartphone pode oferecer.⁽¹⁹⁾

Em Singapura,⁽¹²⁾ autoridades governamentais fornecem informações diárias na grande mídia, usando grupos de Telegram e WhatsApp com médicos nos setores público e privado onde informações clínicas e logísticas mais detalhadas são compartilhadas e as autoridades usam sites para desmascarar a desinformação que circula.

A literatura sobre prevenção evidencia que a mudança de comportamentos individuais está articulada à mobilização comunitária e a transformações de contextos intersubjetivos.⁽²⁰⁾ Na utilização de quaisquer dos métodos preventivos, seria importante – no âmbito da política de prevenção – o desenvolvimento de ações voltadas à mobilização comunitária e à promoção do debate público acerca da prevenção, dimensões ainda pouco exploradas.

Conclusão

O acesso à PEP é dificultado pelo desconhecimento sobre a profilaxia, o que impossibilita sua busca, a centralização dos serviços de saúde e estigmas que permeiam as estruturas dos serviços de saúde. Aspectos burocráticos, como a centralização da profilaxia em centros específicos, criam barreiras físicas que impedem que as pessoas possam iniciá-la em tempo, além de contribuir para barreiras intangíveis, como preconceitos difundidos entre profissionais e usuários do serviço e até mesmo políticas públicas. Esses achados apontam para problemas e, conseqüentemente, soluções que ultrapassam ações pontuais e individualistas. Ainda que sejam complementares e importantes, não abarcam os reais problemas. Alterar as estruturas dos serviços de HIV é necessário para combater o estigma que serviços carregam, agilizá-los e aproximá-los das comunidades.

Agradecimentos

Este estudo faz parte da tese de doutorado de Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz, que é financiada por meio de bolsa de pós-graduação do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Colaborações

Queiroz AAFL, Mendes IAC e Dias S colaboraram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Health*. 2016;1(2):e000010.
2. Sohail M, Levitan EB, Rana AI, Heath SL, Rastegar J, Kempf MC, et al. Estimating the first 90 of the UNAIDS 90-90-90 Goal: a review. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2020;19:2325958220919290. Review.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2021 Maio 29]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>
4. Said AP, Seidl EM. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface*. 2015;19(54):467-78.
5. Dolezal C, Frasca T, Giguere R, Ibitoye M, Cranston RD, Febo I, et al. Awareness of post-exposure prophylaxis (PEP) and pre-exposure prophylaxis (PrEP) is low but interest is high among men engaging in condomless anal sex with men in Boston, Pittsburgh, and San Juan. *AIDS Educ Prev*. 2015;27(4):289-97.
6. Lefèvre F, Lefèvre AM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. São Paulo: EDUCS; 2005.
7. Sousa AF, Queiroz AA, Oliveira LB, Moura ME, Batista OM, Andrade D. Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. *Rev Bras Enferm*. 2016;9(5):864-71.
8. Sousa AF, Queiroz AA, Oliveira LB, Valle AR, Moura ME. Social representations of community-acquired infection by primary care professionals. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(5):454-9.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: a free software for analysis of textual data. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-8.
10. Feofiloff P, Kohayakawa Y, Wakabayashi Y. Uma introdução sucinta à teoria dos grafos. São Paulo: IME, USP; 2011 [citado 2021 Maio 29]. Disponível em: <https://www.ime.usp.br/~pf/teoriadosgrafos/texto/TeoriaDosGrafos.pdf>

11. Keenan JM. COVID, resilience, and the built environment. *Environ Syst Decis*. 2020;40(2): 216-21.
12. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020;395(10227):848-50.
13. Santos GM, Beck J, Wilson PA, Hebert P, Makofane K, Pyun T, et al. Homophobia as a barrier to HIV prevention service access for young men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(5):e167-70.
14. Amon JJ. Ending discrimination in healthcare. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25471.
15. Unaid's Brasil. Agenda para zero discriminação nos serviços de saúde. Brasília (DF): Unaid's [citado 2021 Maio 29]. Disponível em: <https://unaid's.org.br/wp-content/uploads/2018/10/2017ZeroDiscriminacaoNosServicoSaude-1.pdf>
16. World Health Organization (WHO). Intersectoral collaboration to end HIV, tuberculosis and viral hepatitis in Europe and central Asia: a framework for action to implement the United Nations Common Position. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334255>
17. Ketting E, Brockschmidt L, Ivanova O. Investigating the 'C' in CSE: implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region. *Sex Education*. 2021;21(2):133-47.
18. Queiroz AA, Mendes IA, Godoy S, Lapão LV, Dias, S. mHealth strategies related to HIV postexposure prophylaxis knowledge and access: systematic literature review, technology prospecting of patent databases, and systematic search on app stores. *JMIR mHealth and uHealth*. 2021;9(2):e23912. Review.
19. Lapão LV. The Nursing of the Future: combining Digital Health and the Leadership of Nurses [Editorial]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3338.
20. Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sex Salud Soc. (Rio J.)* 2018;(29):263-93.