

Motivaciones, beneficios y barreras en el uso de la Profilaxis Preexposición al VIH fundamentados en el modelo de creencias en salud*

Rita de Cássia Pereira Rodrigues¹

 <https://orcid.org/0009-0002-5864-1460>

Marcela Antonini¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4711-4788>

Laís do Espírito Santo Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5287-5480>

Daniel de Macedo Rocha¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1709-2143>

Elucir Gir¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3757-4900>

Renata Karina Reis¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>

Destacados: **(1)** Conocer las creencias de las personas usuarias de la Profilaxis Preexposición puede favorecer la implementación de intervenciones efectivas. **(2)** Reúne evidencias favorables a la prevención combinada del VIH. **(3)** Refleja los desafíos y barreras enfrentados por las personas usuarias de la Profilaxis Preexposición. **(4)** Evidencia la necesidad de estrategias orientadas a la información en salud.

Objetivo: comprender las motivaciones, beneficios y barreras en el uso de la Profilaxis Preexposición al VIH. **Método:** estudio cualitativo fundamentado en el Modelo de Creencias en Salud. Participaron 16 personas usuarias de la Profilaxis Preexposición al VIH atendidas en dos Centros de Pruebas y Asesoramiento de un municipio de gran tamaño del interior del estado de São Paulo, Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales grabadas en audio. El análisis de datos siguió el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock y el Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** la susceptibilidad al VIH está influenciada por la incertidumbre sobre la serología de las parejas y fallos en el uso del preservativo. La severidad del VIH es percibida como alta debido a su carácter incurable. Los beneficios incluyen mayor protección, seguridad y bienestar. Las barreras envuelven dificultades de acceso, efectos secundarios y estigma social. **Conclusión:** el estudio reveló que la motivación para el uso de la Profilaxis Preexposición se relaciona con la percepción de susceptibilidad al VIH, la gravedad de la enfermedad y beneficios como protección y bienestar psicológico, mientras que las barreras implican dificultades de acceso, complejidad del protocolo clínico y estigmatización. Conocer las creencias y barreras puede favorecer intervenciones más efectivas por parte del equipo de salud.

Descriptores: VIH; Profilaxis Pre-Exposición; Prevención de Enfermedades; Modelo de Creencias sobre la Salud; Enfermería; Enfermedades de Transmisión Sexual.

* Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2021/08247-1, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Rodrigues RCP, Antonini M, Lima LES, Rocha DM, Gir E, Reis RK. Motivations, benefits, and barriers to the use of HIV pre-exposure prophylaxis based on the health belief model. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4653

[cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7357.4653>

año mes día

URL

Introducción

A pesar de los avances científicos, diagnósticos y terapéuticos, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sigue representando un desafío contemporáneo, y su impacto epidemiológico, social, cultural, económico y sanitario está ampliamente documentado en la literatura científica⁽¹⁾. Considerando la magnitud del problema, el Consejo General de las Naciones Unidas propuso, en la Agenda para el Desarrollo Sostenible, el control de la epidemia para el año 2030, por medio de la información y la concienciación popular sobre las diferentes estrategias de prevención, como el uso de la Profilaxis Preexposición (PrEP)⁽²⁾.

La PrEP es una intervención biomédica altamente eficaz para la prevención del VIH, y constituye un componente esencial de la prevención combinada recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), implementada en varios países desde 2015⁽³⁾. En Brasil, fue incorporada al *Sistema Único de Saúde* (SUS) en 2017, estando dirigida a personas adultas y adolescentes sexualmente activas con mayor riesgo de infección⁽⁴⁾. Desde su implementación, 222.948 personas han adherido a esta estrategia. Sin embargo, a pesar del crecimiento en el número de usuarias y usuarios, la tasa de discontinuidad es elevada, lo que refleja los desafíos y barreras asociados al uso y la continuidad de la PrEP⁽⁵⁾.

Esta estrategia de prevención combinada implica una atención continua que incluye la concienciación sobre su uso entre las personas con riesgo sustancial de adquirir el VIH, la realización regular de pruebas, la captación, la adhesión y la retención en el cuidado⁽⁶⁾. No obstante, existen claras brechas en esta modalidad de atención, lo que sugiere la necesidad de nuevas investigaciones para comprender los determinantes, factores asociados y predictores de la adhesión, así como las barreras y desafíos en la implementación efectiva de la estrategia y en la carga desproporcionada de la infección evidenciada entre los grupos en situación de vulnerabilidad⁽⁷⁻⁹⁾.

De este modo, comprender los motivos para el uso de la PrEP, los beneficios percibidos y las posibles barreras enfrentadas por las personas expuestas al VIH es fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces que mejoren la atención brindada a esta población. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo comprender las motivaciones, beneficios y barreras en el uso de la PrEP al VIH.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, conducido de acuerdo con las directrices propuestas por los *Consolidated Criteria for Reporting*

Qualitative Research (COREQ)⁽¹⁰⁾ y fundamentado en el Modelo de Creencias en Salud (MCS)⁽¹¹⁾.

Referente teórico

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado en 1966 con el objetivo de explicar y comprender el comportamiento humano en el proceso de salud y en el control de enfermedades como el VIH⁽¹²⁻¹³⁾. Se trata de un modelo ampliamente referenciado y aplicado en investigaciones sobre comportamientos de salud y en el ámbito de la Enfermería. Según el MCS, para que una persona adopte una acción preventiva, debe creer que: a) es susceptible a una enfermedad o condición indeseada; b) su ocurrencia representa una amenaza importante para algún aspecto de su vida; c) llevar a cabo una intervención profiláctica es eficaz para reducir la susceptibilidad o la gravedad de la enfermedad (beneficios); y d) la acción preventiva no implica muchas barreras⁽¹¹⁾.

Las creencias de una persona sobre estos factores determinan la probabilidad de que adopte comportamientos promotores de la salud y se utilizan para explicar la adopción de conductas que contribuyen a la prevención y al control de enfermedades, como el VIH, así como para identificar la aceptación de recomendaciones relacionadas con el cuidado de la salud⁽¹²⁻¹³⁾.

La susceptibilidad percibida se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición. La severidad percibida se refiere al juicio de la persona respecto a las implicaciones de un diagnóstico en su vida, como por ejemplo en el trabajo, la vida familiar o las relaciones sociales. Los beneficios comprenden las acciones positivas y las medidas preventivas relacionadas con las consecuencias del diagnóstico. Las barreras están asociadas a aspectos negativos, tales como obstáculos, molestias, costos financieros, entre otros⁽¹¹⁾.

Lugar de la recolección de datos

Los escenarios del estudio fueron dos Centros de Pruebas y Asesoramiento (CPA) de un municipio de gran tamaño del estado de São Paulo, Brasil. Cabe destacar que los CPA son unidades estratégicas para el asesoramiento y diagnóstico precoz de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS/VIH), y el acceso a estos servicios está condicionado a una cita previa y a una consulta con un equipo interdisciplinario para la realización de pruebas, orientación y asesoramiento.

Cabe mencionar que el municipio estudiado fue uno de los pioneros en el país en implementar la PrEP en su red de atención a la salud y, en total, cuenta con cinco CPA, los cuales están distribuidos en cinco distritos sanitarios. Por ello,

se optó por seleccionar los dos CPA que fueron los primeros en ofrecer atención y dispensación de la PrEP en el municipio en cuestión: uno de ellos (CPA-A) está ubicado en una región de fácil acceso para la población que busca atención para el uso de la PrEP, y cuenta con personas en seguimiento por un período más prolongado; el otro (CPA-B) se encuentra en una región del municipio que atiende a personas que viven en zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Se buscó, por lo tanto, incluir a personas usuarias de la PrEP con diferentes características sociodemográficas.

Período

El estudio se llevó a cabo entre los meses de febrero y mayo de 2023.

Población y criterios de selección

En el municipio estudiado, la PrEP fue implementada en diciembre de 2017 y, hasta 2023, se registraron 1.623 personas usuarias de PrEP, de las cuales 1.199 recibieron al menos una dispensación en el SUS en los últimos 12 meses⁽⁴⁾. Participaron en el estudio personas seronegativas para el VIH, mayores de 18 años, que utilizaban la PrEP desde hacía al menos 90 días y que estaban en seguimiento en el servicio de salud. Los casos nuevos de PrEP fueron considerados criterio de exclusión, ya que se entiende que las posibles dificultades de adhesión son incipientes durante la fase inicial de la profilaxis. El muestreo se basó en el criterio de conveniencia intencional, es decir, se seleccionaron los participantes que asistieron en los días de recolección de datos y que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

Participantes

Se invitó a dieciséis participantes a formar parte del estudio y no hubo desistencias ni rechazos, siendo 13 atendidos en el CPA-A y 3 en el CPA-B. La selección de los participantes tuvo como objetivo incluir hombres y mujeres en uso de PrEP de diferentes grupos etarios, con la finalidad de abarcar personas con distintas experiencias, percepciones y motivaciones.

Recolección de datos

Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales grabadas en audio, realizadas por la investigadora principal, quien fue capacitada para este estudio. El guion estuvo compuesto por preguntas abiertas basadas en el Modelo de Creencias en Salud (MCS), que abordaban aspectos relacionados con el uso de la PrEP.

Se realizó un estudio piloto con cuatro participantes para analizar la viabilidad, adecuación y revisión del cuestionario elaborado, así como para facilitar la inserción de la investigadora en los escenarios y con los participantes del estudio. Cabe señalar que los participantes del piloto no fueron incluidos en el estudio, y el tiempo medio estimado de las entrevistas fue de 15 minutos.

Después del piloto, el guion con preguntas relacionadas con la experiencia de uso de la PrEP fue ajustado por las investigadoras del estudio en conjunto con el grupo de investigación con experiencia en la temática, y fue adaptado a su versión final, que contempló la caracterización de los participantes, así como las siguientes preguntas orientadoras: Susceptibilidad percibida: ¿Qué te motivó a buscar la PrEP?; Severidad percibida: ¿Por qué comenzaste a usar la PrEP? y ¿Qué factores influyeron en la adhesión a la PrEP?; Beneficios percibidos: Para ti, ¿cuáles son los beneficios de usar la PrEP?; Barreras percibidas: Para ti, ¿cuáles son las barreras/desventajas de usar la PrEP?. Para garantizar la confidencialidad de los datos, los participantes fueron identificados con la letra "P", que designa "Participante", junto del número correspondiente con su orden de inclusión (P1, P2 hasta P16).

La recolección de datos se realizó con la debida autorización de la Secretaría de Salud del municipio. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI), así como acordada con los responsables de los CPA. Se puso a disposición una sala privada y silenciosa para la realización de las entrevistas, que se llevaron a cabo semanalmente, en el horario de 8:00 a 17:00 horas, y fueron conducidas por la investigadora principal en los días en que las personas usuarias de la PrEP tenían citas programadas con los equipos de salud.

Los participantes que se encontraban en los CPA para su consulta de seguimiento relacionada con el uso de la PrEP y que, posiblemente, cumplían con los criterios de inclusión definidos en el estudio, fueron abordados individualmente por la investigadora principal, quien se presentaba y explicaba los objetivos del estudio en una sala privada, antes o después de la consulta médica. Tras la aceptación por escrito de los participantes, mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), la investigadora realizaba las entrevistas individuales, con el apoyo del guion y un grabador de voz.

Análisis y tratamiento de los datos

Todas las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y la recolección de datos se realizó hasta constatar la saturación de la información, discutida entre los autores⁽¹⁴⁾. El análisis de los datos fue guiado por el MCS de Rosenstock⁽¹¹⁾. Se llevó a cabo el Análisis de Contenido, según lo propuesto

por Bardin⁽¹⁵⁾, considerando las siguientes etapas para la organización de los datos: preanálisis, exploración del material e interpretación, con tratamiento mediante codificación. La codificación y validación fue realizada por los propios autores, sin el uso de *softwares*, respetando el “árbol de códigos” de temas agrupados por significados temáticos para la posterior generación de categorías. Cabe destacar que las categorías fueron previamente definidas con base en el modelo teórico adoptado en el estudio.

Aspectos éticos

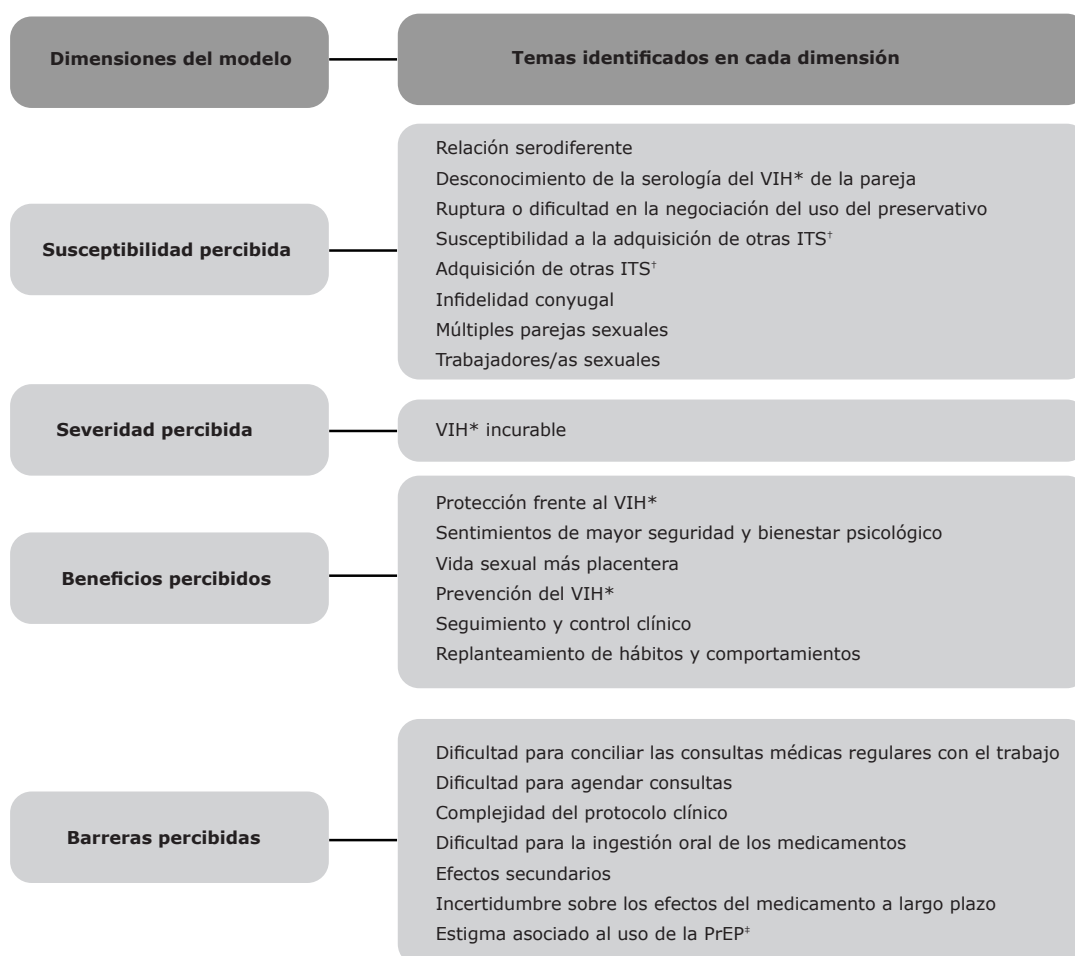
El proyecto fue aprobado por la Secretaría de Salud del municipio estudiado y por el CEI de la institución responsable, bajo el dictamen n.º 4.852.588, del 16/07/2021. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos, beneficios y riesgos del estudio, con la posterior firma del TCLI.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 16 participantes, con una edad promedio de 36,5 años. La mayoría era del

sexo masculino, representando 15 (93,75%) participantes, de los cuales 13 (81,25%) eran Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y 10 (62,50%) eran solteros. En cuanto al tipo de pareja, cinco (31,25%) tenían una pareja fija, mientras que 10 (62,50%) mantenían parejas ocasionales. Con relación al nivel educativo, nueve (56,25%) tenían educación secundaria completa, tres (18,75%) tenían estudios de grado, uno (6,25%) tenía estudios de posgrado y otro (6,25%) había cursado formación técnica.

Las categorías resultantes del proceso de análisis respetaron las dimensiones del MCS y se expresaron en 22 temas. Al reflexionar sobre el uso de la PrEP para el VIH, los participantes reconocieron que, aunque existe tratamiento, no hay cura. Asimismo, identificaron los beneficios derivados del uso de la medicación y del seguimiento clínico. Sin embargo, también señalaron dificultades, relacionadas con el acceso a los servicios de salud, el estigma, los efectos secundarios y las incertidumbres sobre las repercusiones del medicamento. Las dimensiones del modelo propuesto, así como los temas que componen cada dominio, se detallan en la Figura 1.



*VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; *ITS = Infecciones de Transmisión Sexual; *PrEP = Profilaxis Preexposición

Figura 1 – Temas emergentes según cada dimensión del Modelo de Creencias en Salud. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2023

Susceptibilidad percibida

La percepción adecuada de las personas sobre su susceptibilidad a adquirir el VIH motivó la decisión de buscar la PrEP. Se identificaron diversos factores, como estar en una relación con una persona que vive con el VIH o desconocimiento/incertidumbre sobre la serología anti-VIH de la pareja sexual.

Porque en el caso de ella [la pareja], tiene el SIDA, tiene el VIH, no la enfermedad, solamente el virus, y ahí es una forma preventiva, como ella lo tiene, hace tratamiento, y yo tengo que hacerlo junto con ella. (P1)

Al principio de todo, lo conocí por la relación anterior que tenía, por el VIH de él, luego cuando quedé soltero seguí tomándolo porque me pareció más viable para protegerme, además del preservativo, y ahora con la nueva relación serodiscordante, lo que me motiva es la cuestión de la prevención misma, creo que es mejor tener ese cuidado adicional. (P15)

No fue solamente por esa relación, sino también por otras, nadie viene con un cartel en la frente que diga que tiene VIH y no todo el mundo tiene la libertad de hablar. (P6)

Para los participantes, el uso de la PrEP proporciona mayor seguridad y libertad frente a la exposición y posible adquisición del VIH, de modo que su utilización también fue motivada por la percepción sobre las limitaciones del preservativo como método de prevención, debido a situaciones como accidentes con ruptura del mismo, o incluso por la resistencia y la dificultad para negociar su uso, o por preferir no utilizarlo con la pareja.

[...] y no todo el mundo tiene la libertad de hablar, entonces si acaso ocurriera algún accidente, yo uso otros métodos, pero estaría más expuesto. (P12)

Bueno, en realidad, uno se siente un poco incómodo para hablar de esto, pero incluso en la relación con preservativo siempre quedaba, ¿cómo decirlo?, una desconfianza, un miedo, una sensación de que también podría haber contraído VIH, por ejemplo. Y también está la otra cuestión de que no me gusta la relación con preservativo, ¿entiendes? (P8)

Para sentirme más segura, para sentirme protegida, porque él [la pareja] no consigue tener relaciones con preservativo, y yo me sentía muy expuesta. (P13)

La susceptibilidad para la adquisición del VIH también fue descrita en la incertidumbre dentro de las relaciones, incluso con parejas estables, debido a la falta de garantías sobre el comportamiento del otro. Asimismo, se mencionaron situaciones concretas como la adquisición de otras ITS o la infidelidad conyugal.

Porque creo que es una protección adicional, en caso de que el preservativo se haya roto, y hasta pensé que si tuviera una pareja estable, nunca se sabe si uno va a ser engañado o no, entonces por lo menos del VIH sé que estaría bien. (P12)

Lo que me motivó fue que ya tuve una ITS, y la primera vez que me hice un examen entré en pánico. Entonces pensé que tenía que cuidarme, que necesito un seguimiento y cuidarme más. (P14)
Mi marido me engañó, entonces me di cuenta de que no se puede confiar en cualquier persona. (P4)

La susceptibilidad percibida a la adquisición del VIH también fue identificada entre quienes mencionaron tener múltiples parejas sexuales o ejercer el trabajo sexual.

Porque como no tengo una pareja fija, la exposición es muy grande y, por lo tanto, las probabilidades de contraer el virus también son muy altas. Por eso solicité el acceso a la PrEP para protegerme del virus. (P7)

Cuando uno entra en la prostitución, lo hace para obtener ganancias, ganar su dinero, mantenerse. Para mí es una profesión bastante buena, normal, porque a través de la prostitución conocí a mucha gente buena y conseguí mis cosas. Tenía mucho miedo de contraer la enfermedad y, además, en la prostitución hay precios para los servicios, ¿no? Y hay servicios que son mucho más lucrativos que otros, y yo no los ofrecía, así que siempre me quedaba atrás, muy limitada. Y luego, con la PrEP, lo logré. (P15)

Severidad percibida

Para los entrevistados, la infección por el VIH puede ocasionarles perjuicios a la salud, siendo una enfermedad que tiene tratamiento, pero es incurable. En contraste, se observa una percepción de menor riesgo o gravedad en caso de adquirir otras ITS.

Entonces, fui más por ella, porque no sabía que existía prevención, sabía que existía tratamiento, ¿no?, para el VIH, y como ella tenía que tratarse, busqué dónde, y ahí vine a tratarme y como éramos pareja, me dijeron que tenía que hacer el tratamiento con ella, porque aún no hay cura, así que será mientras dure nuestra vida. (P1)

Hay otras [refiriéndose a otras ITS], claro, todo vuelve a cero, ¿no? Sé que estoy protegido si se piensa en la hepatitis, que tiene vacunas y tal. Pero [refiriéndose al VIH] es mucho más grave, y me da mucho más miedo. (P1)

Beneficios percibidos

Los beneficios identificados con el uso de la PrEP fueron la sensación de mayor protección frente al VIH y la autonomía, lo que trajo como consecuencia sentimientos de mayor seguridad y bienestar psicológico. Sentirse seguro permitió a las personas disfrutar de su vida sexual de manera más placentera.

Creo que es una liberación, una seguridad más, una oportunidad más en la vida. (P5)

La seguridad, ¿no? De la prevención combinada, de tener un medio más de prevención contra el VIH. (P16)

[...] el principal beneficio es esa cuestión de no tener la preocupación de la posibilidad de contagiarse [...]. (P3)

Tener un poco más de seguridad, ¿no? Porque los accidentes suceden, entonces usar la PrEP me deja un poco más confiado con relación al riesgo de contagiarme. (P12)

El beneficio también es que me siento con la mente más tranquila, no me quedo con esa preocupación de llegar aquí y encontrarme con un positivo. En ese sentido, es en lo que más me ayuda. (P13)
Ahí me sentí más seguro, ¿no? De tener una relación sin protección con mi pareja, incluso sabiendo que no tiene relaciones solamente conmigo. Me siento más seguro. (P13)

Estar vinculado a un servicio de salud y poder realizar el seguimiento clínico ambulatorio regular fue señalado como un beneficio por las personas usuarias de la PrEP. La orientación del equipo de salud y el enfoque utilizado también desempeñaron un papel importante en la adhesión y el mantenimiento de la profilaxis. Estar en contacto con el servicio de salud y recibir información del equipo fue mencionado como un factor favorable para reflexionar sobre los hábitos y comportamientos que influyen en la situación de salud.

Ahora creo que justamente por haberme sentido un poco más libre, eso me permitió reevaluar mis hábitos, mis comportamientos y, digamos, comenzar una vida diferente, de modo que hoy incluso la utilizo a demanda, porque realmente ya no tengo la vida que tenía antes, ¿no? Desde que empecé. (P3)

Cada tres meses tengo que venir, hacerme las pruebas y pasar con el médico. Tener este seguimiento médico a lo largo de la vida es el mayor beneficio para mí. (P14)

Barreras percibidas

Las barreras percibidas para el uso de la PrEP estuvieron relacionadas tanto con aspectos individuales, sociales y estructurales, como con la necesidad de consultas médicas regulares y la dificultad para conciliarlas con el trabajo, la dificultad para agendar dichas consultas, además de la complejidad del protocolo clínico, que requiere visitas de seguimiento y monitoreo para la realización de exámenes de laboratorio. También se mencionaron dificultades con la ingestión oral de los medicamentos, efectos secundarios e incertidumbres sobre los efectos del fármaco a largo plazo.

Creo que lo que dificulta es la falta de cupos en las UBS [Unidades Básicas de Salud]. Los médicos tienen agenda, todo está organizado, pero a veces no conseguimos turno. Por ejemplo, intenté en algunas unidades cerca de casa y no había cupo. (P11)

Tomar una pastilla todos los días. Tratar de acordarse, por ejemplo, los hombres nunca necesitaron tomar anticonceptivos como las mujeres, entonces para ellos es más complicado tomarlo. Por eso quiero usar la inyección que va a salir. (P12)

[...] creo que ahora la doctora dijo que habrá una versión inyectable y será mucho mejor. Porque eso de la pastilla diaria es un fastidio. (P15)

[...] una desventaja es que es un medicamento nuevo, nadie sabe qué efectos tendrá de aquí a diez años. (P9)

El estigma asociado al uso de la PrEP también fue mencionado como una barrera social, ya que esta estrategia aún es vista con tabú y prejuicio por parte de la comunidad.

Existe ese estigma de que quien usa PrEP es más promiscuo, pero, en fin, no me importa esa opinión distorsionada. (P5)

[...] el hecho de que asocien la PrEP con la promiscuidad puede ser una desventaja, pero sería más un problema de la sociedad que del medicamento en sí. (P14)

Yo creo que es el juicio, ¿no? Porque parece que quien toma PrEP es promiscuo... a veces hasta lo es, pero ahí es donde sería interesante que la tomara. Creo que la comunidad LGBT pasa por una serie de cosas, y el hombre [heterosexual] tiene muchas ventajas. [...] entonces pienso que tachar a alguien de promiscuo puede acabar inhibiendo a las personas de usar la PrEP, incluso siendo una protección. (P12)

Discusión

Se comprenden las experiencias de las personas usuarias de la PrEP a la luz del MCS. Estos hallazgos revelan que la búsqueda por la PrEP fue motivada principalmente por la susceptibilidad percibida de adquisición del VIH, y que se configura como una estrategia de mayor seguridad entre las diversas adoptadas en la gestión del riesgo individual.

El perfil sociodemográfico de los participantes es similar al encontrado en otros países como España⁽¹⁶⁾, Australia⁽¹⁷⁾ y Bélgica⁽¹⁸⁾. Este hecho refuerza que las personas que buscan la PrEP tienen un mayor nivel educativo y, probablemente, un mayor acceso a información que influye en la toma de decisiones relacionadas con su salud⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A pesar del alentador interés por esta nueva tecnología preventiva, la literatura señala que un menor nivel educativo, la estigmatización y el racismo están asociados a una menor intención de uso y búsqueda de la PrEP por parte de personas negras y mujeres⁽²¹⁻²²⁾, lo que representa una preocupación, dado que en la población brasileña, las personas negras y con bajo nivel educativo son las que registran el mayor número de casos de SIDA⁽²³⁾.

La serología del VIH de las parejas fue un aspecto relevante para el uso de la PrEP. Estar en una relación con una pareja que vive con el VIH fue identificado como una motivación para el uso de la PrEP. Este hallazgo refuerza la percepción de susceptibilidad percibida a la adquisición del VIH entre los participantes, además de destacar la PrEP como una estrategia eficaz para la prevención de la

transmisión sexual del virus entre parejas serodiferentes. Las directrices nacionales⁽²⁴⁾ e internacionales⁽²⁵⁾ priorizan a estas parejas para la prevención primaria del VIH, incluyendo estrategias biomédicas como el Tratamiento como Prevención (TasP) y la PrEP.

Las parejas con serologías del VIH diferentes presentan mejores resultados en el tratamiento del VIH y mayor adherencia al uso de la PrEP⁽²⁶⁾. Esto se debe a que las personas que viven con el VIH y están en seguimiento médico son incentivadas a invitar a sus parejas a buscar la PrEP y a apoyarse mutuamente para recordar tomar las pastillas⁽⁹⁾. Además, la PrEP actúa frecuentemente como un puente hacia la Terapia Antirretroviral (TAR) entre las parejas serodiferentes. Desde esta perspectiva, la pareja seronegativa hace uso de la PrEP hasta que la pareja seropositiva complete seis meses de uso regular de TAR y alcance niveles indetectables de la carga viral plasmática⁽²⁷⁾.

No obstante, el desconocimiento o la incertidumbre sobre la serología del VIH entre parejas ocasionales también se configuró como un motivo para buscar la profilaxis en estos hallazgos. Las personas que viven con el VIH siguen considerando que revelar su serología es una práctica arriesgada y conviven con el diagnóstico en secreto, por miedo a la repercusión que esta información podría tener en la comunidad⁽²⁸⁻²⁹⁾.

La susceptibilidad percibida al VIH también se refleja en la posibilidad de fallos o dificultades en el uso del preservativo. Aunque el preservativo es un método preventivo accesible, de bajo costo y sin efectos secundarios, su efectividad puede verse comprometida por fallos como la rotura o el deslizamiento. Además, el uso constante del preservativo representa un desafío para muchas personas, con baja adherencia en la población brasileña, incluidas aquellas con mayor vulnerabilidad al VIH, como los jóvenes, los HSH y las trabajadoras y trabajadores sexuales⁽³⁰⁻³¹⁾. Un estudio brasileño identificó que el 85% de los HSH informaron un uso inconsistente del preservativo, y que la probabilidad de uso inconsistente aumentaba entre aquellos que tenían parejas estables, que practicaban sexo anal en posición insertiva o que ya habían tenido una ITS en el pasado⁽³²⁾. Estos datos subrayan la necesidad de intensificar la concienciación sobre la importancia del preservativo en la prevención de otras ITS, especialmente entre estas poblaciones.

En este contexto, la PrEP fue mencionada como un método viable para quienes no utilizan el preservativo de forma constante, y también fue considerada una estrategia más eficaz, que proporciona mayor seguridad y bienestar psicológico a sus usuarios. Estos hallazgos son coherentes con estudios internacionales que demuestran que la reducción de la preocupación por el riesgo de transmisión durante el acto sexual está directamente relacionada

con la mejora de la calidad y satisfacción sexual entre las parejas⁽³³⁻³⁵⁾. Además, a medida que surgen nuevas estrategias de prevención y se vuelven más populares, se espera que la percepción del riesgo de adquisición del VIH no se base exclusivamente en el uso del preservativo⁽³⁴⁾.

Las personas que se perciben en riesgo de exposición al VIH debido a la incertidumbre en las relaciones, incluso en las parejas estables, mencionaron la PrEP como una forma de garantizar el autocuidado. Esta percepción surge de la falta de certeza sobre el comportamiento de la pareja, especialmente tras experiencias previas de adquisición de otras ITS o de infidelidad conyugal. La literatura señala que las parejas en relaciones ocasionales enfrentan mayores desafíos en la adopción de estrategias de prevención, debido a la falta de intimidad para discutir dichas medidas y al hecho de que muchos encuentros ocurren de manera no planificada⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Son dignos de atención los hallazgos de este estudio, que indican la búsqueda de la PrEP tras el diagnóstico de una ITS, al relacionarse con una pareja con serología positiva para el VIH o por mantener múltiples parejas, además de manifestar inseguridad en utilizar únicamente el preservativo como estrategia de prevención. Estos resultados sugieren que las campañas de concienciación sobre los factores de riesgo para el VIH y sobre la prevención combinada están generando un impacto positivo en la población. La percepción de riesgo de estas personas refleja factores que, de hecho, han sido destacados por autoridades sanitarias y por investigadores del área⁽³⁸⁾.

Los hallazgos revelaron la autopercepción de riesgo de los participantes con respecto a diversas otras posibles ITS. Esta percepción puede estar relacionada con el hecho de que dichas infecciones no son consideradas por las personas como problemas de salud tan graves como el VIH. En consecuencia, la información, la motivación y las competencias necesarias para movilizar acciones de prevención frente a estas infecciones pueden ser abordadas de manera diferenciada⁽³⁹⁾.

La construcción social del VIH ha evolucionado a lo largo del tiempo, incorporando distintos discursos y significados. En los inicios de la epidemia, el VIH fue considerado un "cáncer gay", percibido como una sentencia de muerte, y continuó rodeado de connotaciones negativas a lo largo de los años⁽⁴⁰⁾. Desde entonces, los avances en el ámbito científico han permitido que el VIH sea manejado como una condición crónica, lo que ha resultado en una mayor sobrevida y calidad de vida para las personas que viven con el virus. Sin embargo, el VIH sigue siendo una infección con repercusiones complejas para la salud, especialmente en situaciones de falla terapéutica⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Algunos estudios han demostrado la alta efectividad de la PrEP como estrategia de prevención del VIH^(35,37,42)

y, por ello, su uso continuo ha tenido un impacto positivo en la experiencia de las actividades sexuales. La PrEP no solamente proporciona protección, sino que también reduce la amenaza para la relación, aliviando el miedo y permitiendo la preservación de los vínculos afectivo-sexuales⁽⁴³⁾.

Además, independientemente de la serología frente al VIH de las parejas sexuales, la PrEP se presenta como una alternativa viable para aquellas personas que no se adaptan al uso regular del preservativo, como ha sido evidenciado en otros estudios⁽³⁴⁻³⁵⁾. Adicionalmente, el uso de la PrEP mejora la autoeficacia, haciendo que las personas usuarias se sientan más responsables y en control de sus decisiones sexuales, sin depender de la honestidad de sus parejas respecto a su estado serológico⁽³⁵⁾.

Otro punto destacado fue el seguimiento clínico asociado al uso de la PrEP, considerado una oportunidad para la promoción de la salud, con pruebas frecuentes, evaluación continua y solicitud regular de exámenes. El contacto constante con el equipo de salud fue señalado como un aspecto positivo, ya que permite reflexionar sobre los hábitos y mejorar el autocuidado entre los participantes. Estos hallazgos coinciden con estudios internacionales que muestran que las personas usuarias de PrEP reconocen el paquete de atención ofrecido junto con esta tecnología preventiva como una ventaja para la salud^(35,39).

El Ministerio de Salud de Brasil⁽²⁴⁾ recomienda un conjunto de intervenciones asociadas al seguimiento clínico de personas usuarias de PrEP, incluyendo evaluaciones generales, pruebas de detección del VIH, identificación de otras ITS como clamidia, sífilis, gonorrea y hepatitis virales, vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), así como monitoreo de la función renal y prueba de embarazo. De este modo, los beneficios del seguimiento clínico de la PrEP van más allá de la prevención del VIH, ya que permiten el diagnóstico precoz de otras infecciones, el acceso a diversas estrategias preventivas, evaluaciones periódicas de salud, además de constituir una puerta de entrada al SUS.

Además del acompañamiento en salud, la construcción de una relación interpersonal positiva con los profesionales del equipo fue un factor importante para la adherencia a la profilaxis. Esto refuerza que un entorno acogedor, con una atención libre de estigmas y prejuicios, favorece el vínculo de las personas usuarias de esta tecnología preventiva con el servicio de salud, fortaleciendo así la adherencia al seguimiento clínico⁽⁴⁴⁾.

Las barreras para el uso de la PrEP abarcan aspectos individuales, sociales y estructurales, como se describe en un estudio de revisión de la literatura⁽⁹⁾. Entre las barreras estructurales, se destacan la complejidad del protocolo clínico, que requiere visitas regulares de seguimiento

y monitoreo, incluyendo la realización de pruebas de laboratorio, así como el tiempo prolongado de espera para las consultas médicas. Estos desafíos también han sido identificados en otros estudios como obstáculos al uso continuado de la PrEP⁽⁴⁵⁾.

La adherencia diaria a los medicamentos, especialmente entre los jóvenes y los hombres que no tienen el hábito de realizar un seguimiento preventivo regular y a largo plazo, las incertidumbres sobre los efectos secundarios de la PrEP a largo plazo y la necesidad de visitas frecuentes para el seguimiento clínico fueron identificadas como barreras individuales para la continuidad del uso de la PrEP. Hallazgos similares se han reportado en otros países, donde los participantes señalaron la dificultad de recordar tomar las pastillas como un desafío común entre las personas usuarias de PrEP⁽³⁷⁾.

Tras el inicio de la PrEP, la primera dispensación será de 30 días. Las dispensaciones siguientes se realizarán cada 90 días o, dependiendo de la adherencia al medicamento, cada 120 días, según la evaluación del profesional de salud. Si la persona usuaria no recibe la cantidad total de PrEP, podrá obtener el resto sin necesidad de una nueva prueba de VIH, siempre que el formulario esté dentro del período de validez. Las personas con adherencia continua durante al menos un año podrán tener el seguimiento clínico ampliado a seis meses, con ajustes en la dispensación según la disponibilidad local. En caso de presentar síntomas de ITS, deberán regresar al servicio de salud⁽²⁴⁾.

Los regímenes antirretrovirales orales son altamente eficaces para la prevención del VIH, presentan toxicidad mínima y ofrecen la conveniencia de una dosificación sencilla, con un solo comprimido diario. No obstante, para abordar los desafíos relacionados con la adherencia, se han estudiado alternativas de acción prolongada, como los antirretrovirales inyectables, los implantes subcutáneos de larga duración y los anillos vaginales de liberación controlada. Estas opciones representan estrategias prometedoras, al ofrecer dosis menos frecuentes, como agentes orales de administración semanal o terapias de acción prolongada por vía parenteral. Tales enfoques pueden resultar especialmente útiles en contextos donde el uso diario de medicamentos orales es complicado o la adherencia al tratamiento es insuficiente⁽⁴⁶⁾.

Aunque muchos participantes señalaron el seguimiento presencial como un desafío debido a sus horarios laborales, han surgido nuevas estrategias de acceso en el ámbito de la PrEP para superar esta barrera. Entre estas iniciativas se incluyen las consultas en línea, la entrega domiciliar de los comprimidos, la flexibilización de los puntos de retiro de la medicación y la incorporación de otras categorías profesionales como prescriptores de

PrEP. Estas medidas han facilitado el acceso a la profilaxis y han contribuido a mejorar la adherencia y la regularidad en el seguimiento clínico⁽²⁴⁾.

Existen aún oportunidades para mejorar la adherencia a la PrEP mediante la implementación de intervenciones individuales personalizadas y modelos que amplíen el acceso, especialmente en contextos no tradicionales⁽⁴⁴⁾. Una revisión de la literatura reveló que los modelos de prestación de servicios están predominantemente concentrados en clínicas y hospitales especializados en el tratamiento de ITS, VIH y clínicas de salud sexual, particularmente en países de altos ingresos⁽⁴⁷⁾.

En diversos países, los enfermeros desempeñan un papel de liderazgo en los servicios de PrEP⁽⁴⁸⁾, siendo fundamentales para ampliar el acceso a la atención primaria, especialmente entre poblaciones en situación de vulnerabilidad⁽⁴⁹⁾. Su actuación promueve la alfabetización en salud sobre la PrEP al VIH, al educar y monitorear a las personas, gestionar servicios y, en consecuencia, ampliar el acceso y la adherencia a esta estrategia preventiva⁽⁵⁰⁾. Modelos de atención liderados por enfermeros, como la clínica PrEP-RN⁽⁵¹⁻⁵²⁾, han demostrado que la relación de confianza y el apoyo brindado a las personas usuarias de PrEP contribuyen significativamente a la adherencia. Por lo tanto, repensar el modelo de prestación de servicios en Brasil, fortaleciendo el rol de otros profesionales de salud capacitados, puede reducir las barreras de acceso y ampliar el alcance de la PrEP.

Los modelos orientados a la autogestión han demostrado resultados positivos, incluyendo el uso de autotests para el VIH y pruebas para otras ITS, lo que permite a las personas sustituir las visitas presenciales a clínicas o laboratorios por prácticas de autocuidado en el hogar⁽⁴⁷⁾. Además, las intervenciones de salud móvil (*mHealth*) y salud digital han mostrado ser prometedoras en la prevención del VIH, especialmente mediante aplicaciones para teléfonos inteligentes. Estas tecnologías, cuando se integran a los servicios de PrEP y se asocian con pruebas accesibles, ayudan a superar diversas barreras. Tienen el potencial de alcanzar e involucrar de forma anónima a poblaciones que frecuentemente quedan al margen de los esfuerzos tradicionales de prevención, además de ofrecer la entrega rápida y en tiempo real de programas, con costos de implementación relativamente bajos⁽⁴⁹⁾.

El conocimiento sobre los efectos secundarios y las incertidumbres en cuanto a los impactos del medicamento a largo plazo representan barreras para las personas usuarias de la PrEP. Aunque los beneficios son ampliamente reconocidos, los posibles efectos adversos de los antirretrovirales están bien documentados, con base en la experiencia acumulada de su uso en el tratamiento

del VIH. No obstante, una revisión sistemática sugiere que los riesgos de eventos adversos relacionados con toxicidad renal varían según la edad y la depuración basal de creatinina en personas usuarias de PrEP. En este contexto, la realización de un tamizaje menos frecuente o incluso opcional para personas jóvenes sin comorbilidades renales podría reducir las barreras para la implementación y el uso continuo de la PrEP⁽⁵²⁾.

Este estudio puede contribuir a orientar prácticas de cuidado centradas en la persona, favoreciendo la adherencia al tratamiento a partir de la comprensión de sus demandas y la oferta de orientaciones e instrucciones adecuadas. Además, refuerza la importancia de desarrollar campañas, en colaboración con el Ministerio de Salud, dirigidas a distintos públicos, con el objetivo de promover la PrEP como una estrategia eficaz de prevención y combate al VIH.

Los hallazgos de este estudio resaltan el papel central de la Enfermería en la reducción de las desigualdades en salud⁽⁵³⁾, especialmente en lo que respecta al acceso a la PrEP. El análisis de las experiencias de las personas usuarias de PrEP evidencia la relevancia de la percepción del riesgo y del soporte continuo para garantizar la adherencia a esta tecnología preventiva. Los resultados destacan la necesidad de invertir en la práctica cotidiana de los profesionales de Enfermería, con foco en poblaciones vulnerabilizadas, reforzando su capacidad de adaptar intervenciones socioculturales y liderar iniciativas orientadas a la equidad en salud. Se recomienda fortalecer la formación y el liderazgo de los enfermeros, promoviendo el uso de tecnologías digitales y modelos de atención descentralizados, alineados con las demandas sociales.

Estos hallazgos deben interpretarse a la luz de algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra fue homogénea, compuesta predominantemente por hombres cisgénero, blancos y que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Además, los datos fueron recolectados en un municipio de gran tamaño en el interior del estado de São Paulo, que presenta diferencias socioculturales y económicas en comparación con otras regiones de Brasil.

Conclusión

El estudio permitió comprender las decisiones, percepciones, beneficios y barreras para la adhesión y continuidad del uso de la PrEP, desde la perspectiva de las personas que la utilizan. El uso de la PrEP fue motivado por la percepción de susceptibilidad, la serodiferencia y el desconocimiento/incertidumbre sobre la serología anti-VIH de la pareja sexual. Además, la gravedad atribuida a la infección por el VIH y su asociación con una enfermedad

incurable influyeron en las decisiones relacionadas con la salud. Entre los beneficios señalados se destacan la protección frente al VIH, la seguridad y el bienestar psicológico, así como la posibilidad de establecer un vínculo con un servicio de salud y realizar un seguimiento clínico-ambulatorio de forma regular.

En cuanto a las barreras, estas reflejaron aspectos individuales, sociales y estructurales, como la dificultad de acceso y programación de las consultas, vinculadas a la complejidad del protocolo clínico que requiere visitas de seguimiento y monitoreo para la realización de exámenes de laboratorio, además de la dificultad para ingerir los medicamentos por vía oral, efectos secundarios e incertidumbres sobre los efectos del medicamento a largo plazo. Repensar el modelo de prestación de servicios de PrEP para la prevención del VIH debe incluir la ampliación del rol del profesional de enfermería en la atención a las personas usuarias. Es esencial que el abordaje sea integral, considerando tanto las barreras individuales como las estructurales, con el fin de fortalecer la efectividad de la estrategia y avanzar en el control de la epidemia de VIH hacia 2030.

Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. HIV Prevention 2020 Road Map [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2017 [cited 2023 Oct 6]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf
2. Murchu EO, Marshall L, Teljeur C, Harrington P, Hayes C, Moran P, et al. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) to prevent HIV: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness, safety, adherence and risk compensation in all populations. *BMJ Open*. 2022;12(5):e048478. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048478>
3. World Health Organization. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>
4. Ministério Saúde (BR), Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painei PrEP [Internet]. Brasília, DF: MS; 2023 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painei-prep>
5. Aryal A, Leibowitz AA, Comulada WS, Rotheram-Borus MJ, Bolan R, Ocasio MA, et al. PrEP Use and HIV Incidence Among Youth At-Risk for HIV Infection in Los Angeles and New Orleans: Findings From ATN 149. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2023;94(3):220-6. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003272>
6. Nunn AS, Brinkley-Rubinstein L, Oldenburg CE, Mayer KH, Mimiaga M, Patel R, et al. Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum. *AIDS*. 2017;31(5):731-4. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001385>
7. Hojilla JC, Hurley LB, Marcus JL, Silverberg MJ, Skarbinski J, Satre DD, et al. Characterization of HIV Preexposure Prophylaxis Use Behaviors and HIV Incidence Among US Adults in an Integrated Health Care System. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122692. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22692>
8. Lozano A, Jaramillo J, Prado G, Safren SA, Harkness A. Barriers and facilitators to PrEP use and HIV testing for subgroups of Latino sexual minority men. *AIDS Care*. 2023;35(9):1329-1337. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2216009>
9. Antonini M, Silva IE, Elias HC, Gerin L, Oliveira AC, Reis RK. Barriers to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) use for HIV: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(3):e20210963. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0963>
10. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE0263. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
11. Rosenstock IM. The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2:354-87. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
12. Asefa A, Midaksa G, Qanche Q, Wondimu W, Nigussie T, Bogale B, et al. Does the perception of HIV risk among Female sex workers affect HIV prevention behavior? application of the Health Belief Model (HBM). *BMC Public Health*. 2022;22(1):1646. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14046-3>
13. Katirayi L, Akuno J, Kulukulu B, Masaba R. "When you have a high life, and you like sex, you will be afraid": a qualitative evaluation of adolescents' decision to test for HIV in Zambia and Kenya using the health belief model. *BMC Public Health*. 2021;21(1):398. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10391-x>
14. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. *Rev Pesqui Qualitat* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 5];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2006.
16. Laguno M, Ugarte A, Martinez-Rebollar M, Sobrino Y, Font G, de Lazzari E, et al. PrEP program experience in a hospital HIV unit. Description of baseline user profile and identification of opportunities for improvement.

- Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;41(1):24-8. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.04.005>
17. Hammoud MA, Vaccher S, Jin F, Bourne A, Maher L, Holt M, et al. HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Uptake Among Gay and Bisexual Men in Australia and Factors Associated With the Nonuse of PrEP Among Eligible Men: results from a prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(3):e73-e84. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002047>
 18. Vuylsteke B, Reyniers T, De Baetselier I, Nöstlinger C, Crucitti T, Buyze J, et al. Daily and event-driven pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men in Belgium: results of a prospective cohort measuring adherence, sexual behaviour and STI incidence. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(10):e25407. <https://doi.org/10.1002/jia2.25407>
 19. Moussa BA, Cavalli LO. Profile study of PREP users (HIV pre-exposure prophylaxis) in the Municipality of Cascavel. *Res Soc Dev*. 2022;11(15):e451111535540. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.35540>
 20. Prata MC, Romão VR, Silva AL, Araujo AC, Bernardini VB, Rocha EMSB, et al. Descrição do perfil de usuários da profilaxia pré-exposição ao HIV em serviço de atenção especializada do município de Diadema. *Braz J Infect Dis*. 2022;26:102392. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102392>
 21. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Sexually transmitted infection diagnoses, sexualised drug use and associations with pre-exposure prophylaxis use among men who have sex with men in the UK. *Int J STD AIDS*. 2020;31(3):254-63. <https://doi.org/10.1177/0956462419897222>
 22. Turpin R, Smith J, Watson L, Heine B, Dyer T, Liu H. Latent profiles of stigma and HIV pre-exposure prophylaxis among Black sexual minority men: an exploratory study. *SN Soc Sci*. 2022;2(9):1-10. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00490-w>
 23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2022 [cited 2023 May 18]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
 24. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção Pelo HIV [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2023 Dec 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
 25. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
 26. Jin H. Examining the longitudinal predictive relationship between HIV treatment outcomes and pre-exposure prophylaxis use by serodiscordant male couples. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;86(1):38-45. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002522>
 27. Musinguzi N, Kidoguchi L, Mugo NR, Ngure K, Katabira E, Celum CL, et al. Adherence to recommendations for ART and targeted PrEP use among HIV serodiscordant couples in East Africa: the "PrEP as a bridge to ART" strategy. *BMC Public Health*. 2020;20:1621. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09712-3>
 28. MacLean JR, Wetherall K. The Association between HIV-Stigma and Depressive Symptoms among People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review of Studies Conducted in South Africa. *J Affect Disord*. 2021;287(3):125-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.027>
 29. Mokgatle M, Madiba S. Community Perceptions of HIV Stigma, Discriminatory Attitudes, and Disclosure Concerns: A Health Facility-Based Study in Selected Health Districts of South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):6389. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146389>
 30. Hentges B, Knauth DR, Vigo A, Teixeira LB, Leal AF, Kendall C, et al. Inconsistent condom use with casual partners among men who have sex with men in Brazil: a cross-sectional study. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230019>
 31. Magalhães RLB, Sousa LRM, Gir E, Galvão MTG, Oliveira VMC, Reis RK. Factors associated to inconsistent condom use among sex workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3226. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2951.3226>
 32. Sousa LRM, Elias HC, Caliri JDS, Oliveira ACD, Gir E, Reis RK. Inconsistent use of male condoms among HIV-negative men who have sex with other men. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3891. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6327.3891>
 33. Gafos M, Horne R, Nutland W, Bell G, Rae C, Wayal S, et al. The Context of Sexual Risk Behaviour Among Men Who Have Sex with Men Seeking PrEP, and the Impact of PrEP on Sexual Behaviour. *AIDS Behav*. 2019;23(7):1708-20. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2300-5>
 34. Klassen BJ, Fulcher K, Chown SA, Armstrong HL, Hogg RS, Moore DM, et al. "Condoms are ... like public transit. It's something you want everyone else to take": Perceptions and use of condoms among HIV negative gay men in Vancouver, Canada in the era of

- biomedical and seroadaptive prevention. *BMC Public Health*. 2019;19(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6452-7>
35. Hayes R, Nutland W, Rayment M, Wayal S, Apea V, Clarke A, et al. "Sex without fear": exploring the psychosocial impact of oral HIV pre-exposure prophylaxis on gay men in England. *AIDS Res Ther*. 2023;20(1):81. <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00568-2>
 36. Philpot SP, Murphy D, Chan C, Haire B, Wells N, Fraser D, et al. Identifying Patterns of Discontinuing and Recommencing Pre-exposure Prophylaxis in the Context of Sexual Behavior Among Gay and Bisexual Men in Australia. *AIDS Behav*. 2023;27(9):2891-901. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04013-3>
 37. Laurent C, Yaya I, Cuer B, Sagaon-Teyssier L, Mensah E, Dah TTE, et al. Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among Men Who Have Sex With Men Who Use Event-Driven or Daily Oral Pre-Exposure Prophylaxis (CohMSM-PrEP): A Multi-Country Demonstration Study From West Africa. *Clin Infect Dis*. 2023;77(4):606-14. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad221>
 38. Mathias A, Santos LAD, Grangeiro A, Couto MT. HIV risk perceptions and post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in five Brazilian cities. *Cien Saude Colet*. 2021;26(11):5739-49. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.29042020>
 39. Rojas Castro D, Delabre RM, Molina JM. Give PrEP a chance: moving on from the "risk compensation" concept. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(6):e25351. <https://doi.org/10.1002/jia2.25351>
 40. Hino S, Grodensky C, Rutstein SE, Golin C, Smith MK, Christmas L, et al. HIV status disclosure during acute HIV infection in Malawi. *PLoS One*. 2018;13(7):e0201265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201265>
 41. Melo LP, Cortez LCA, Santos RP. Is the chronicity of HIV/AIDS fragile? Biomedicine, politics and sociability in an online social network. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3298. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4006.3298>
 42. Molina JM, 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;4(9):e402-e410. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30089-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30089-9)
 43. Nakku-Joloba E, Pisarski EE, Wyatt MA, Muwonge TR, Asiimwe S, Celum CL, et al. Beyond HIV prevention: everyday life priorities and demand for PrEP among Ugandan HIV serodiscordant couples. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(1):e25225. <https://doi.org/10.1002/jia2.25225>
 44. Pimenta MC, Bermúdez XP, Godoi AM, Maksud I, Benedetti M, Kauss B, et al. Barriers and facilitators for access to PrEP by vulnerable populations in Brazil: the ImPrEP Stakeholders Study. *Cad Saude Publica*. 2022;38(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00290620>
 45. Rosen AO, Wickersham JA, Altice FL, Khati A, Azwa I, Tee V, et al. Barriers and Facilitators to Pre-Exposure Prophylaxis by Men Who Have Sex with Men and Community Stakeholders in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(9):5669. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095669>
 46. Flexner C, Owen A, Siccardi M, Swindells S. Long-acting drugs and formulations for the treatment and prevention of HIV infection [Internet]. *Int J Antimicrob Agents*. 2021;57(1):106220. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106220>
 47. Vanhamel J, Rotsaert A, Reyniers T, Nöstlinger C, Laga M, Van Landeghem E, et al. The current landscape of pre-exposure prophylaxis service delivery models for HIV prevention: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):704. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05568-w>
 48. Nelson LE, McMahon JM, Leblanc NM, Braksmajer A, Crean HF, Smith K, et al. Advancing the case for nurse practitioner-based models to accelerate scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis. *J Clin Nurs*. 2019;28(1-2):351-61. <https://doi.org/10.1111/jocn.14675>
 49. Zhai Y, Isadore KM, Parker L, Sandberg J. Responding to the HIV Health Literacy Needs of Clients in Substance Use Treatment: The Role of Universal PrEP Education in HIV Health and Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(19):6893. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196893>
 50. Schmidt HMA, McIver R, Houghton R, Selvey C, McNulty A, Varma R, et al. Nurse-led pre-exposure prophylaxis: a non-traditional model to provide HIV prevention in a resource-constrained, pragmatic clinical trial. *Sexual Health*. 2018;15(6):595-7. <https://doi.org/10.1071/SH18076>
 51. Orser L, O'Byrne P, Holmes D. Patient perspectives on the role of nurses in HIV pre-exposure prophylaxis care (PrEP-RN). *PLoS One*. 2023;18(7):e0288283. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288283>
 52. Schaefer R, Leite PHAC, Silva R, Karim QA, Akolo C, Cáceres CF, et al. Kidney function in tenofovir disoproxil fumarate-based oral pre-exposure prophylaxis users: a systematic review and meta-analysis of published literature and a multi-country meta-analysis of individual participant data. *Lancet HIV*. 2022;9(4):e242-e253. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00004-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00004-2)
 53. Sotelo-Daza J, Jaramillo YE, Chacón MV. Nurses' perception about their role in reducing health inequalities in community contexts. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2024;32:e4299. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7245.4299>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Rita de Cássia Pereira Rodrigues, Marcela Antonini, Laís do Espírito Santo Lima, Elucir Gir, Renata Karina Reis. **Obtención de datos:** Rita de Cássia Pereira Rodrigues, Daniel de Macedo Rocha, Elucir Gir, Renata Karina Reis. **Análisis e interpretación de los datos:** Rita de Cássia Pereira Rodrigues, Marcela Antonini, Laís do Espírito Santo Lima, Daniel de Macedo Rocha, Elucir Gir, Renata Karina Reis. **Obtención de financiación:** Renata Karina Reis. **Redacción del manuscrito:** Rita de Cássia Pereira Rodrigues, Marcela Antonini, Laís do Espírito Santo Lima, Daniel de Macedo Rocha, Renata Karina Reis. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Marcela Antonini, Laís do Espírito Santo Lima, Daniel de Macedo Rocha, Elucir Gir, Renata Karina Reis.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Los conjuntos de datos relacionados con este artículo estarán disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Recibido: 26.02.2024
Aceptado: 20.04.2025

Editora Asociada:
Aline Aparecida Monroe

Autora de correspondencia:
Renata Karina Reis
rkreis@eerp.usp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-0681-4721>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.