



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOÃO PAULO FRANCO DE AZEVEDO

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA INFECÇÃO PELO HIV: ANÁLISE DE FATORES
RELACIONADOS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

CUITÉ
2017

JOÃO PAULO FRANCO DE AZEVEDO

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA INFECÇÃO PELO HIV: ANÁLISE DE FATORES
RELACIONADOS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira

CUITÉ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A994d Azevedo, João Paulo Franco de.

Diagnóstico tardio da infecção pelo HIV: análise de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde. / João Paulo Franco de Azevedo. – Cuité: CES, 2017.

99 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Luana Carla Santana Oliveira.

1. HIV. 2. AIDS. 3. Diagnóstico tardio. 4. Acesso. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

JOÃO PAULO FRANCO DE AZEVEDO

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA INFECÇÃO PELO HIV: ANÁLISE DE FATORES
RELACIONADOS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado pela banca examinadora em ___/___/_____.

Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira

(Presidente da banca)

Profa. Dra. Lidiane Lima de Andrade

(Membro da banca)

Profa. MSc. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

(Membro da banca)

CUITÉ

2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e a minha família, que foram fundamentais ao longo desse percurso, sendo incentivadores constantes e fieis durante a minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A vida é cheia de batalhas, e para vencê-las necessitamos de pessoas especiais, que ao longo dessa jornada, estiveram ao meu lado, me incentivando a realizar esse sonho.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por ter permitido que tudo isso acontecesse, e por me conceder saúde, força e discernimento para lidar com as adversidades ao longo da vida. Deus com seu imenso amor me faz continuar a lutar por meus sonhos e objetivos. Até aqui nós ajudou o Senhor.

À minha família, agradeço por acreditar no meu potencial e sempre me incentivar durante o meu processo de formação, principalmente a minha mãe Neide e meu pai Jario, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Sou grato por cada minuto que eles perderam de sono, para me proporcionarem o melhor, a eles que todos os dias acordam as 04:30h da manhã para trabalhar, com o intuito de que nada vinhesse faltar. Lembro-me de uma frase dita por minha mãe que diz o seguinte: “O Deus que começou a boa obra é fiel para cumprir”. E até aqui nada nos faltou.

Agradeço ainda por terem sido uma fonte infinita de carinho e amor, mesmo estando distante, eu sempre associei as minhas idas pra casa com um trecho de uma música que diz: “Percebe e entende que os melhores amigos, são aqueles que estão em casa, esperando por ti, acredita nos momentos mais difíceis da vida, eles sempre estarão por perto, pois só sabem te amar, e se por acaso a dor chegar, ao teu lado vão estar pra te acolher e te amparar, pois não há nada como um lar” (Anjos de Resgate). Ao ouvir essa canção lembro-me do sorriso largo e do abraço acolhedor dos meus pais, e no meu retorno o quanto eles me amam. Tenho um amor imensurável por meus pais. A existência deles foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

A uma pessoa que não está mais entre nós, porém foi a grande incentivadora desse sonho, e mais do que ninguém gostaria de viver comigo esse momento, vovó Francisca (*In memoriam*). Não me esqueço de suas palavras quando ela mesmo doente, dizia: “Chegou meu Enfermeiro, para cuidar de mim”. Aprendi a arte do cuidar, cuidando do melhor ser humano que eu já conheci. Gostaria muito que ela estivesse aqui, mas sei que onde ela estiver, estará muito feliz em me ver concretizando este sonho. Vovó, eu não tenho palavras para agradecer a Deus por tudo que você foi pra mim.

Ao meu irmão Pedro Vinícius que sempre estava ao meu lado me incentivando e acreditando que eu conseguiria, e nunca esquecerei suas palavras quando pedia pra que não

retornasse para Cuité no domingo, pois sabia que ele queria ficar mais tempo comigo, porém ele acabava compreendendo, que era necessário a minha ausência.

Aos meus tios Ernande, Vitória, Everaldo, Zefinha, Diasis, Edilueza, e as minhas primas Netinha, Josivânia, Ingrid por torcerem pelo meu sucesso e sempre acreditarem que tudo daria certo.

Aos meus amigos, em especial Isabelle Mayara, Yasmim Medeiros, Fagner e Mikael, que estiveram comigo nos melhores momentos da minha vida, mesmo com a distância, sempre soube que eles estavam torcendo pelo meu sucesso.

Aos colegas Fábria, Bruna, Aline, Gustavo, Alessandra, Rose, Rizocele, Lizandra, Lilia, Tarcísio, da turma 2013.1, que sempre tiveram uma palavra de incentivo e encorajamento, e faziam daquelas manhãs de aulas, dias melhores. Vocês ficarão eternizados na minha memória e no meu coração, e hoje fazem parte da minha família paraibana.

Ao meu trio, Jhucy e João Henrique, não tinha quem nos separassem, tantos trabalhos apresentamos juntos, quantos estágios sendo o mesmo grupo, vivemos muitas coisas, agradeço por todas as palavras de incentivo e por estarem comigo nessa caminhada, formamos laços de amizade que iremos levar por toda vida. A Sheiny Larissa, alguém que me identifiquei logo à primeira vez, passamos os quatro anos dando as melhores gargalhadas, e pra completar ficamos juntos no Estágio Supervisionado I, e vivenciamos experiências únicas, levarei sua amizade para sempre.

À minha amiga irmã Jucicleia Mayara “Jhucy”, agradeço por fazer desses os melhores anos da minha vida, e sempre acreditar no meu potencial, e durante minha formação me proporcionar momentos que serão eternizados na minha memória. Foram tantos momentos vividos juntos, tantas alegrias e tristezas vivenciadas. Ao falar de Jhucy me recordo de um trecho da música de Fernanda Brum e Eyshila, que diz assim: “Amigo é muito mais, do que alguém pra conversar, alguém pra abraçar, amigo é uma bênção, que vem do coração de Deus, pra gente cuidar, é assim que você é pra mim, como uma pérola, que eu mergulhei pra encontrar, é assim que você é pra mim, um tesouro, que pra sempre, eu vou guardar”. Acredito que esse trecho descreve a amizade que construímos e levaremos ao longo de nossas vidas.

A João Henrique, que além de ser colega de turma, dividiu casa comigo desde o 3º período até hoje. João sempre com sua paciência e serenidade me transmitiu paz e a certeza que tudo daria certo, juntos vivenciamos muitas coisas, foram madrugadas estudando para provas, seminários, e tantas outras coisas vivenciadas que levaremos em nossas lembranças.

A Álef Lucas, que também divide casa comigo, agradeço por se fazer presente em minha vida nesse momento tão especial que é a conclusão do meu curso. Foram dezenas de noites de estudo, nas quais ele sempre esteve ao meu lado sendo fonte de apoio e encorajamento, torcendo e acreditando que tudo daria certo. Juntos vivemos momentos que serão eternizados.

À UFCG, instituição que me proporcionou um novo mundo cheio de conhecimentos, e aos docentes do curso de Enfermagem que no decorrer do curso repassaram seus conhecimentos para que fosse possível construir a minha formação pessoal e profissional. Sou agradecido inenarravelmente.

À professora Luana Oliveira, que desempenhou papel fundamental nesse processo, por meio de seus ensinamentos, paciência, confiança e dedicação ao longo da construção desse trabalho. Sou imensamente grato pelos seus ensinamentos.

Aos membros da banca, venho agradecer pela ilustre participação nesse ciclo de aprendizado que se encerra em minha vida, sou grato por contribuírem na minha formação através de seus conhecimentos. Muito obrigado.

Aos profissionais e aos usuários dos serviços que participaram do meu estudo, sou eternamente grato por contribuírem no processo de construção do meu trabalho.

AZEVEDO, J. P. F. **Diagnóstico tardio da infecção pelo HIV**: análise de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde em Campina Grande-PB. Cuité, 2017. 99 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação em Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, CUITÉ-PB, 2017.

RESUMO

Introdução: Dentre os problemas enfrentados no controle da epidemia da aids no Brasil e no mundo, ressaltam-se os elevados índices do diagnóstico tardio da infecção por HIV. O DT acarreta diversas consequências, como aumento da morbimortalidade, diminuição da expectativa de vida, elevação da ocorrência de infecções oportunistas e da propagação do vírus. Neste contexto, destacam-se como fatores associados ao DT da infecção pelo HIV, os entraves referentes ao acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** analisar o fenômeno do DT da infecção pelo HIV, a partir do conhecimento dos fatores sociodemográficos e daqueles relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal, com abordagem quantitativa. **Metodologia:** a pesquisa foi realizada no município de Campina Grande-PB, com 72 pessoas que vivem com HIV/aids atendidas nos Serviços de Assistência Especializada do município. A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2017, através de um questionário, contendo perguntas segundo escalas variadas de respostas dicotômicas e categóricas. Os dados foram armazenados e analisados no Software SPSS Statistics, versão 20.0, utilizando cálculo de frequências e teste de associação qui-quadrado. **Resultados:** os dados obtidos foram apresentados em tabelas e discutidos conforme a literatura disponível acerca do tema. Como resultados, ressaltam-se os seguintes: em relação à caracterização dos participantes do estudo, 51,4% deles tinha idade entre 25 e 39 anos quando descobriram o HIV, 55,6% deles possuía baixa escolaridade, de 1 a 8 anos de estudos, 31,9% encontravam-se desempregados e, no que se refere à renda mensal, 61,1% dos entrevistados vivem com um salário mínimo; quanto à prevalência de DT do HIV/aids, medido pela contagem de linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico, 62,5% dos participantes da pesquisa apresentaram DT ou muito tardio; 62,5% dos entrevistados apresentaram carga viral elevada quando descobriram o HIV, de 10.001 a 100.000 cópias/ml; do total de entrevistados, 62,5% possuem diagnóstico de aids; em relação à busca pelo serviço de saúde, 25,0% procuraram o serviço por indicação médica, e 27,8% dos participantes buscaram o serviço por apresentarem-se doentes com sintomas de aids; 30,6% dos entrevistados demoraram a buscar o serviço de saúde pelo fato de se sentirem saudáveis; quanto ao primeiro serviço procurado pelos entrevistados, 37,5% deles procuraram a Unidade Básica de Saúde e 15,3% recorreram aos hospitais públicos; 33,3% deles foram diagnosticados na Atenção Básica e 23,6% receberam o diagnóstico em hospital público; a variável motivo para a busca do serviço de saúde apresentou associação com o diagnóstico do HIV/aids (valor-p = 0,004); 26,7% dos que buscaram o serviço por indicação médica e 42,2% daqueles que procuraram o serviço por estarem doentes com sintomas de aids foram diagnosticados tardiamente. **Conclusões:** Destarte, evidenciou-se no estudo que fatores individuais e relativos ao acesso aos serviços de saúde estão associados com o DT do HIV/aids, sendo prioritário o desenvolvimento de estratégias que visem o diagnóstico oportuno da infecção.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Diagnóstico tardio. Acesso.

AZEVEDO, J. P. F. **Late diagnosis of HIV infection:** analysis of factors related to access to health services. Cuité, 2017. 99 f. Course Completion Work (Nursing Bachelor) - Nursing Academic Unit, Health Education Center, Federal University of Campina Grande, CUITÉ-PB, 2017.

ABSTRACT

Introduction: among the problems faced in controlling the AIDS epidemic in Brazil and in the world, the high rates of late diagnosis of HIV infection are highlighted. DT carries several consequences, such as increased morbidity and mortality, decreased life expectancy, increased occurrence of opportunistic infections and the spread of the virus. In this context, the barriers related to access to health services stand out as factors associated with HIV infection. **Objective:** to analyze the phenomenon of TD of HIV infection, based on knowledge of sociodemographic factors and those related to access to health services. This is an epidemiological, observational, analytical and cross-sectional study with a quantitative approach. **Methodology:** the research was carried out in the city of Campina Grande-PB, with 72 people living with HIV / AIDS treated in the Specialized Assistance Services of the municipality. Data collection was performed in April and May 2017, through a questionnaire, containing questions according to different scales of dichotomous and categorical responses. Data were stored and analyzed in SPSS Statistics Software, version 20.0, using frequency calculation and chi-square association test. **Results:** the data obtained were presented in tables and discussed according to available literature on the subject. As a result, the following stand out: in relation to the characterization of study participants, 51.4% of them were between 25 and 39 years old when they discovered HIV, 55.6% had low schooling, 1 to 8 years of age Studies, 31.9% were unemployed and 61.1% of the respondents lived with a minimum wage; Regarding the prevalence of HIV / AIDS DT, as measured by the CD4 + T lymphocyte count at the time of diagnosis, 62.5% of the study participants had TD or very late; 62.5% of respondents had a high viral load when they discovered HIV, from 10,001 to 100,000 copies / ml; Of the total number of interviewees, 62.5% are diagnosed with AIDS; In relation to the search for the health service, 25.0% sought the service by medical indication, and 27.8% of the participants sought the service because they had patients with AIDS symptoms; 30.6% of respondents were slow to seek health care because they felt healthy; As for the first service sought by the interviewees, 37.5% of them went to the Basic Health Unit and 15.3% went to public hospitals; 33.3% of them were diagnosed in Primary Care and 23.6% were diagnosed in a public hospital; The variable motive for the search of the health service was associated with the diagnosis of HIV / AIDS (p-value = 0.004); 26.7% of those who sought medical service and 42.2% of those who sought the service because they were ill with AIDS symptoms were diagnosed late. **Conclusions:** In this study, it was shown that individual factors related to access to health services are associated with HIV / AIDS, and the development of strategies aimed at the timely diagnosis of HIV infection is a priority.

Keywords: HIV. AIDS. Late diagnosis. Access.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa da Paraíba, com enfoque em Campina Grande.....	32
FIGURA 2 – Mapa do município de Campina Grande - PB.....	33
QUADRO 1 – Variáveis de exposição utilizadas no estudo.....	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Informações sociodemográficas e de saúde das PVHA entrevistadas. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017.	39
TABELA 2 – Caracterização socioeconômica dos participantes do estudo. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017.	44
TABELA 3 – Informações do diagnóstico do HIV/aids, a partir da contagem de Linfócitos T CD+ e Carga Viral. Campina Grande - PB, abril a maio de 2017.	47
TABELA 4 – Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico do HIV/aids. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017.	50
TABELA 5 – Variáveis referentes ao acesso ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico do HIV/aids dos participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017	53
TABELA 6 – Associação de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde com o diagnóstico do HIV/aids. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017.	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
ARV - Antirretrovirais
ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento
CV - Carga Viral
DT - Diagnóstico Tardio
DSS - Determinantes Sociais de Saúde
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
FO - Fluído Oral
FAP - Fundação Assistencial da Paraíba
HSH - Homens que fazem Sexo com Homens
HD - Hospital Dia
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
ISEA - Instituto de saúde Elpidio Almeida
LT-CD4+ - Linfócitos T CD4 +
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA - Programa da das Nações Unidas sobre HIV / AIDS
PVHA - Pessoas vivendo com HIV/aids
PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST e aids
ST - Sangue Total
SAE - Serviço de Assistência Especializada
SUS - Sistema Único de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TARV - Terapia Antirretroviral
TCLE - Termo de consentimento livre esclarecido
TS - Teste Rápido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UDI - Usuário de Drogas Injetáveis
UTM - Unidade de Testagem Móvel

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.2	JUSTIFICATIVA	18
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO BRASIL	23
3.1.1	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A ATENÇÃO AO HIV/AIDS	26
3.2	O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS: RECOMENDAÇÕES E DESAFIOS	27
4	PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	33
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	33
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
4.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	35
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	36
4.6	TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	37
4.7	CONSIDERAÇÕES ETÍCAS	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS.	40
5.2	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	66

APÊNDICES	75
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	76
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
ANEXOS	86
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFCG - HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO.....	87
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	95

1 Considerações Iniciais



1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) surgiu no Brasil no início da década de 1980, no entanto, o país só começou o combate à doença no ano de 1985, quando aconteceu a união entre o Estado brasileiro, a sociedade civil e as universidades, com objetivos em comum quanto ao controle da epidemia. Desde este período, o Brasil vem surpreendendo quando comparado a outros serviços de controle de doenças, pois tem combatido a aids protegendo os direitos humanos, além de fabricar nacionalmente preservativos e antirretrovirais (ARV), organizar uma rede de atenção pública para a pessoa vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), composta de serviços especializados e laboratórios, como também desenvolve ações de promoção da saúde e realiza o custeio de pesquisas para avanços na área (GRECO, 2016).

Não obstante todos os avanços no controle da epidemia do HIV/aids que aconteceram ao longo das últimas décadas, os dados epidemiológicos acerca da doença ainda são expressivos e suscitam preocupação. De acordo com os dados apresentados pela UNAIDS (2016), observa-se que atualmente existem 36.7 milhões de pessoas vivendo com HIV. Desse total, 34.9 milhões são indivíduos adultos, sendo 17.8 milhões de mulheres, e 1.8 milhões de crianças menores de 15 anos. Em 2015, foram detectados 2.9 milhões de novos casos de infecção por HIV e o número de óbitos registrados somam 1.1 milhão. Estima-se que, na América Latina, neste mesmo ano, o número de portadores da doença correspondia a 2 milhões de adultos e crianças, sendo 100 mil recém-infectados e 50 mil óbitos registrados. O Brasil, o país mais populoso desta região, concentra as mais elevadas taxas de detecção de novas infecções por HIV.

No Brasil, os dados epidemiológicos mostram estimativas sobre o HIV e aids no ano de 2015 de acordo com o mais recente relatório publicado pela UNAIDS. Estima-se um total de 830 mil pessoas vivendo com HIV, sendo 44 mil novas infecções, e um total de 15 mil óbitos. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/aids do Ministério da Saúde, ocorre uma expressiva concentração de casos de aids nas regiões Sudeste e Sul, sendo a primeira correspondente a 53,8%, e a segunda a 20,0% do total de casos detectados entre os anos de 1980 e 2015. A região Nordeste representa 14,6 % do total de casos (BRASIL, 2015a).

Em relação ao número de óbitos decorrentes da aids, tem ocorrido uma significativa redução da mortalidade em algumas regiões do país, como nas regiões Sul e Sudeste. Entretanto, as regiões Norte e Nordeste apresentaram um aumento significativo da mortalidade nos últimos dez anos. No Nordeste, o coeficiente aumentou 34,3%, passando de

3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. No Estado da Paraíba, em 2015, foram estimadas 6.958 pessoas com HIV/aids e 2.004 óbitos. Em 2014, foram notificados 241 casos de aids e 136 óbitos decorrentes da doença, apresentando uma taxa de detecção de 11,7/100.000 habitantes e um coeficiente de mortalidade de 3,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2015a).

Em Campina Grande, a segunda maior cidade do Estado da Paraíba, no ano de 2015, estimou-se 1.117 indivíduos vivendo com HIV/aids. A taxa de detecção, em 2014, foi 17.6 casos por 100 mil habitantes e ocorreram 15 óbitos (BRASIL, 2015a).

O Brasil, desde o surgimento da aids, destacou-se no cenário mundial devido à eficiência no controle da epidemia, pois se mostrou preocupado em diagnosticar, tratar e criar políticas públicas de prevenção à infecção pelo HIV. É possível observar que houve avanços no controle da epidemia, com redução da morbimortalidade do HIV/aids. Em contrapartida, existem inúmeros desafios para a sustentabilidade do programa brasileiro, dentre os quais: o enfrentamento da desigualdade, da pobreza e da discriminação, pois estas acentuam a vulnerabilidade ao contágio pelo HIV/aids e dificultam o acesso à prevenção, à detecção e à adesão ao tratamento; o crescente número de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), o que acarretou o aumento da demanda por tratamento, além da necessidade de medicamentos modernos para substituir os que já fracassaram nos esquemas iniciais (GRECO, 2016).

Dentre os problemas do controle da epidemia no Brasil e no mundo, ressaltam-se os elevados índices do diagnóstico tardio (DT) da infecção por HIV. O DT acarreta diversas consequências, como aumento das chances do paciente evoluir para a aids, diminuição da expectativa de vida, aumento da morbimortalidade, elevação da ocorrência de infecções oportunistas e de insuficiência e disfunção hepática (GÁRCIA; REYS; CAYLA, 2012).

O diagnóstico do HIV/aids é realizado através do acompanhamento do número de PVHA virgens de tratamento que buscam o serviço de saúde com comprometimentos imunológicos, medidos pelo valor do linfócito T CD4 + (LT-CD4+) (WHO, 2014). No cenário nacional, observa-se um declínio na proporção de PVHA chegando ao serviço com valor de CD4 inferior a 200 células/mm³, passando de 31%, em 2009, para 26%, até outubro de 2014 (BRASIL, 2014a).

Diversas pesquisas apontam critérios de definição e classificações para o retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV. O diagnóstico muito tardio é considerado em pessoas com CD4 < 200 células/mm³ ou com presença de uma doença oportunista dentro de três meses após o diagnóstico do HIV, ou patologias características de aids no exame inicial. O diagnóstico tardio é considerado quando o paciente apresenta no momento do diagnóstico,

contagens de células T CD4 < 350 células/mm³ (ANTINORI et al., 2010, HALL et al., 2013, ANTINORI ET AL., 2011).

De acordo com Brasil (2015a), o quantitativo de PVHA que buscam ao serviço de saúde com diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, ou seja, com CD4 < 350 células/mm³, passou de 31%, em 2009, para 25% em 2015, mostrando um avanço no diagnóstico, em decorrência das políticas de testagem, as quais visam rastrear o vírus em populações mais susceptíveis à infecção pelo HIV. Porém, mesmo com o declínio ocorrido nesse período, essa proporção de PVHA com DT é considerada preocupante.

Estudo realizado na Espanha revelou que assim como o Brasil, outros países também sofrem com o atraso no diagnóstico da infecção pelo HIV/aids, e que esse retardo se caracteriza como um problema de saúde pública, que acarreta a progressão da infecção e o aumento da transmissibilidade. O tempo entre a detecção da infecção pelo HIV e o início da terapia antirretroviral (TARV) é um fator chave para evitar o avanço da doença, e desta forma facilitar a recuperação imunológica. A morte por HIV está intimamente relacionada ao atraso no início do tratamento (GÁRCIA; REYS; CAYLA, 2012).

Na cidade de Havana-Cuba, foi desenvolvido um estudo que analisou a ocorrência de DT em pessoas com HIV, e as possíveis falhas de atraso, tais como: ausência de equipes multiprofissionais que prestem atendimento ao HIV/aids; atividades educativas e preventivas ineficazes devido a não qualificação profissional; deficiência na busca ativa de possíveis casos de infecção nas populações-chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI), presidiários, doadores de sangue e transgêneros. O estudo revelou que 8,5% dos diagnosticados com HIV, apresentaram características definidoras de aids no momento do diagnóstico (GUTIÉRREZ; PÉREZ, 2009).

Pesquisa realizada no México, com indivíduos infectados pelo HIV que buscam o serviço de saúde, revelou que pacientes recentemente diagnosticados com a infecção foram testados em estágio avançado da doença. Observou-se que a prevalência de DT não diminuiu ao longo dos anos. Foram associados alguns fatores ao DT, tais como: o aumento da idade, o baixo nível de escolaridade e o desemprego. A pesquisa revelou o percentual de 61% de DT (RAMÍREZ et al., 2012).

Dentre os fatores que contribuem para o DT, o acesso é um entrave na busca pelo diagnóstico oportuno. As dificuldades do usuário em acessar os serviços de atenção à aids estão relacionadas: à distância dos serviços de saúde e ao tempo gasto para chegar a esses serviços; à longa fila de espera; ao preconceito; à falta de adequação dos serviços; e a não resolutividade dos serviços (OLIVEIRA, 2009; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Portanto, o governo brasileiro deve investir em políticas públicas de saúde que sejam capazes de eliminar as barreiras entre os serviços e a comunidade, construindo uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que ofereça o acesso universal, equitativo e integral. Dessa forma, a facilitação do acesso contribuirá para realização do diagnóstico oportuno do HIV/aids, por parte daqueles que procuram os serviços (ASSIS; JESUS, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o DT é uma ameaça para pessoa que vive com HIV/aids, ocasionando diversas complicações, tais como: surgimento de infecções oportunistas, agravamento dos casos, com aumento da ocorrência de internações hospitalares e de mortalidade, além da diminuição da expectativa e qualidade de vida. Desse modo, o diagnóstico precoce é de extrema importância, pois proporciona inúmeros benefícios para o indivíduo, favorecendo o início imediato da TARV, que contribui para diminuição da transmissibilidade do vírus na comunidade, e aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas soropositivas.

Dentre os fatores relacionados ao DT da infecção pelo HIV, ressalta-se os entraves referentes ao acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, é necessário conhecer como se dá o acesso do usuário aos serviços pertencentes à rede de atenção ao HIV/aids, as dificuldades enfrentadas no percurso para o diagnóstico e a qualidade do atendimento prestado às PVHA.

A aproximação com a problemática ocorreu quando cursei a disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto II, no 6º período do curso de Bacharelado em Enfermagem. A partir deste momento, surgiu o interesse de me aprofundar mais sobre o tema, estudando os problemas enfrentados pelas PVHA, na busca pelo diagnóstico e tratamento, e suas trajetórias na rede de atenção ao HIV/aids.

Neste contexto, apontam-se os seguintes questionamentos: Que variáveis sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/aids se associam ao diagnóstico tardio da infecção? Quais fatores referentes ao acesso aos serviços de saúde se associam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV?

Esta pesquisa contribuirá para a detecção dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde que influenciam o DT da infecção pelo HIV, contribuindo para formulação de políticas públicas voltadas à reorganização do serviço prestado aos indivíduos que vivem com HIV/aids, com a finalidade de proporcionar o diagnóstico oportuno.

Salienta-se a escassez de estudos sobre a temática no Brasil, como também não há pesquisas publicadas sobre o DT do HIV/aids na Paraíba. Dessa forma, é imperioso o

desenvolvimento de estudos sobre a temática, com o objetivo de contribuir para o efetivo enfrentamento da epidemia.

2 Objetivos



2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o fenômeno do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, a partir do conhecimento dos fatores sociodemográficos e daqueles relacionados ao acesso aos serviços de saúde no município de Campina Grande-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar variáveis sociodemográficas e sua influência com o atraso no diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Verificar as formas de acesso das pessoas que vivem com HIV/aids aos serviços de saúde e sua associação com o diagnóstico tardio.

3 Revisão de Literatura



3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO BRASIL

A aids tornou-se um fenômeno instável, contínuo, e com repercussão mundial, que apresenta um perfil epidemiológico dinâmico e índices alarmantes de morbimortalidade. Esses fatores caracterizaram a epidemia como um grave obstáculo para saúde pública a nível mundial e um desafio para as redes de atenção à saúde, sendo imprescindível repensar as dinâmicas do cuidado às PVHA (MEDEIROS et al., 2016).

O Brasil, no âmbito das políticas públicas de controle da aids, criou em 1986, por meio do Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e aids (PN-DST/AIDS), o qual em 2003 foi considerado referência mundial. O Programa teve sucesso reconhecido mundialmente, não apenas pela disponibilização universal e gratuita dos Antirretrovirais (ARV), mas por ser um programa de cunho interministerial, que manteve diálogo constante com os movimentos sociais e com a comunidade científica. No mesmo ano, a aids foi considerada uma doença de notificação compulsória no país, por meio da Portaria nº. 1.100, de 24 de maio de 1986. Inicia-se também o movimento de combate à aids a nível federal, com a criação da Comissão Nacional de AIDS, que só foi efetivada em 1987 (VILLARINHO et al., 2013).

O Dia da Luta Mundial contra a aids foi instituído oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, sendo comemorado no dia 1º de dezembro. A campanha visa incentivar o diagnóstico oportuno do HIV/aids, por meio de testes rápidos disponibilizados pelo SUS, bem com a divulgação de informações educativas sobre a aids (BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

Em 1991, o governo brasileiro deu início à distribuição de Zidovudina (AZT) e de outros medicamentos empregados na quimioprofilaxia pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses fármacos passaram a ser fabricados em território nacional em 1993. A ampliação do acesso à TARV confirmou a política dos direitos sociais e humanos explícita na Constituição Federal de 1988 e nos preceitos do SUS. No ano de 1996, o governo brasileiro promulgou a Lei Nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre o fornecimento gratuito de medicamentos para todos os portadores da doença (GRECO, 2016).

No ano de 1993, o governo brasileiro começou as negociações e convênios com o Banco Mundial para solicitação do primeiro empréstimo, denominado “Projeto AIDS I”, o qual entrou em vigor em 1994 e foi até 1998, tendo como prioridade a inauguração e a estruturação de serviços assistenciais. Logo em seguida, o governo em mais uma negociação

junto ao Banco Mundial, aprovou o “Projeto AIDS II”, que teve vigência de 1998 a 2003, e tinha o objetivo de reduzir a incidência de casos de HIV e DST, ampliar e melhorar a qualidade do diagnóstico e proporcionar tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS (VILLARINHO et al., 2013).

Segundo Villarinho et. al (2013), o Banco Mundial e a equipe da Coordenação Nacional DST/Aids estabeleceram novo convênio denominado “Projeto AIDS III”, com período de execução de 2003 a 2006. O mesmo tinha como objetivos: o aperfeiçoamento da gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil; o desenvolvimento tecnológico e científico, a fim de qualificar a resposta do país à epidemia, com ênfase no controle das DST; promover o acesso precoce ao diagnóstico do HIV e progredir na qualidade da atenção às DST/aids oferecida pelo SUS no país.

As políticas públicas que estão em vigor no Brasil para o controle da epidemia da aids, têm como objetivo oferecer assistência de qualidade às pessoas com o HIV/aids. Com este propósito, foram elaboradas portarias ministeriais, entre elas, a Portaria nº. 291, de 17 de junho de 1992, que introduziu a assistência à aids em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), à inserção da assistência prestada em nível hospitalar, exigiu dos serviços algumas adequações, dentre elas a reformulação do conceito da aids, já que a mesma era rotulada como uma doença potencialmente letal; porém a doença deveria ser entendida como uma enfermidade prolongada, algo que era notório com o uso da terapia antirretroviral. No ano 1998, já existiam 338 hospitais credenciados no Brasil, no ano de 2013 esse número chega os 382 hospitais (VILLARINHO et al., 2013).

O Hospital Emílio Ribas, localizado em São Paulo-SP, foi pioneiro em prestar assistência à aids em nível hospitalar, abrigando em suas instalações um centro de tratamento, o qual continua sendo referência na América Latina (BARROS; GUIMARÃES; BORGES, 2012).

A rede de atenção ambulatorial em HIV/aids é composta por serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento de indivíduos portadores da doença. Fazem parte desse tipo de atenção: Ambulatórios Gerais ou de Especialidades, Ambulatórios de Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF), Policlínicas, Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (BRASIL, 2016).

O SAE presta atendimento integral e de qualidade aos usuários, através de uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros). As atividades desenvolvidas são: cuidados de enfermagem;

orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, distribuição de antirretrovirais; realização de exames de monitoramento; distribuição de preservativos e atividades educativas voltadas ao tratamento e a prevenção e controle da aids (BRASIL, 2016).

Outro tipo de serviço responsável tanto pela assistência quanto pela prevenção, são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que desempenham um importante papel no controle e no processo de diagnóstico e prevenção do HIV/aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), nos indivíduos mais vulneráveis. Nesse processo de oferta do exame, o aconselhamento é utilizado como uma abordagem, que se dá a partir de um diálogo entre o profissional e usuário, durante o processo de acolhimento, propiciando um processo reflexivo (BRASIL, 1999).

Os serviços oferecidos pelos CTA são pautados nos princípios de acessibilidade e gratuidade, de acordo com as diretrizes traçadas pela Coordenação Nacional. Os centros devem ser localizados em locais de fácil acesso à população, sobretudo, para os segmentos mais vulneráveis. Atualmente, os CTA devem disponibilizar para população os testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C. Esses serviços são fundamentados no anonimato flexível, e devem disponibilizar os resultados em tempo hábil, com a finalidade de garantir o encaminhamento dos indivíduos diagnosticados aos serviços de referência assistencial, onde terão acesso ao tratamento. Mesmo com as políticas públicas e a vasta rede de atenção às PVHA, existe a necessidade de integração de todos os níveis de atenção, para que seja possível ofertar um serviço de prevenção e de assistência de melhor qualidade (VILLARINHO et al., 2013).

Salienta-se que desde a década de 1990, a comunidade global de combate à aids vem se mobilizando na luta contra a epidemia, e incrementou um investimento 50 vezes maior nos recursos para a resposta ao HIV em países subdesenvolvidos, os quais estão gerando resultados, a saber: a redução do número de pessoas recém-infectadas pelo HIV; e a ampliação do acesso à TARV, estendendo o acesso a mais de 7 milhões de pessoas, sendo mais da metade pessoas que vivem em países de baixa renda (UNAIDS, 2012).

O Conselho de Coordenação do Programa da das Nações Unidas sobre HIV / AIDS (ONUSIDA) estabeleceu uma nova estratégia para o fim da epidemia de aids até 2030. Foram articuladas dez metas específicas para 2020: 90% das pessoas (crianças, adolescentes e adultos) que vivem com HIV devem conhecer seu estado sorológico, 90% das pessoas que vivem com HIV cientes do seu diagnóstico devem receber o tratamento, e 90% das pessoas em tratamento devem estar com carga viral (CV) indetectável; zero novas infecções por HIV

entre crianças, e que as mães estejam vivas e bem; 90% dos jovens sejam capazes de se proteger do HIV; 90% das mulheres e dos homens, jovens e aqueles em situações de vulnerabilidade tenham acesso à prevenção do HIV nos serviços de saúde; 27 milhões de homens que vivem em locais de alta prevalência serão circuncidados voluntariamente, como parte dos serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva para homens (UNAIDS, 2015).

Além do referido, destacam-se as seguintes metas: 90% das populações-chave, incluindo trabalhadores, HSH, usuários de drogas injetáveis, transgêneros, prisioneiros, e os migrantes, tenham acesso a serviços de prevenção do HIV; 90% das mulheres e meninas vivam livres da desigualdade e da violência de gênero, dessa maneira diminuindo o risco e o impacto do HIV; 90% das pessoas que vivem com o HIV não sejam discriminadas, especialmente na saúde, na educação e no ambiente de trabalho; os investimentos financeiros globais para a resposta à aids em países de baixa e média renda atinjam pelo menos US 30 bilhões; e 75% das pessoas que vivem com o HIV, que estejam em necessidade, sejam beneficiadas pelos serviços de proteção social (UNAIDS, 2015).

3.1.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A ATENÇÃO AO HIV/AIDS

Um dos entraves identificados no funcionamento da rede de atenção às PVHA é a qualidade do acesso dos indivíduos que vivem com HIV/aids aos serviços de saúde. Compreende-se acesso como a liberdade de utilizar esses serviços, mediada por três fatores individuais: fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde. O primeiro fator é aquele que surge antes do aparecimento do problema de saúde e compromete a predisposição dos indivíduos para utilizar os serviços de saúde, como variáveis sociodemográficas. Em segundo lugar, estão os relacionados à renda, cobertura de serviços públicos ou privados e oferta de serviços, ou seja, os diversos meios disponíveis para que as pessoas utilizem os serviços. O terceiro fator refere-se às condições de saúde que podem ser explicadas pelos diagnósticos dos profissionais ou pela autopercepção (ASSIS; JESUS, 2012). Atualmente, as características do acesso aos serviços são compendiadas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade está relacionada à existência ou não do serviço de saúde no local adequado e no momento em que é necessário; a aceitabilidade engloba a natureza dos serviços prestados e o modo como são entendidos pelos indivíduos e comunidades; capacidade de pagamento refere-se ao custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, englobando os conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde; a

informação é essencial para que ocorra a compreensão de cada uma das etapas do acesso, pois, quando o indivíduo está bem informado, é sinal que está ocorrendo um processo de comunicação eficaz entre o sistema de saúde e o usuário (SANCHEZ; CICONELL, 2012).

De acordo, com Starfield (2002), a acessibilidade está relacionada com os aspectos que permitem que os usuários cheguem aos serviços de saúde. Já o acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica no serviço de saúde.

No contexto da rede de atenção ao HIV/aids, o acesso aos serviços de saúde deve se reavaliado, visto que houve um aumento do número de pessoas infectadas pelo HIV, que evoluíram ou não para aids, demandando serviços de saúde e gerando um desafio para a organização e distribuição desses serviços. Para lidar com essa situação, é necessário prover serviços altamente individualizados, que ofereçam acesso a indivíduos recentemente diagnosticados, e que tenham capacidade para identificar barreiras sociais e culturais para a busca e permanência nos serviços (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996).

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é fortemente afetado pela condição socioeconômica e pelo local de residência, já que as pessoas que tem melhores condições econômicas e moram em regiões mais desenvolvidas, possuem maiores chances de acesso a serviços de saúde, comparando-se àquelas que vivem em regiões longínquas, menos desenvolvidas e que possuem baixa condição socioeconômica (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

No cenário atual, a ESF é definida como a porta de entrada para o SUS, sendo o primeiro nível de atenção à saúde. Estudos revelam que a sua implantação vem contribuindo para a diminuição das iniquidades em saúde e ampliando o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Mesmo com a ampliação do acesso, são necessárias políticas públicas voltadas para as populações de risco, uma vez que a evolução agressiva da patologia, ou o grande potencial de contágio, exigem condições diferenciadas de acesso aos serviços de saúde, como é o caso de indivíduos portadores de IST e de HIV/aids, que precisam de diagnóstico e intervenção precoce (ASSIS; JESUS, 2012).

3.2 O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS: RECOMENDAÇÕES E DESAFIOS

A infecção pelo HIV é uma infecção crônica, que se caracteriza pela incapacidade do hospedeiro infectado eliminar o agente exógeno. A maioria das infecções ocorre por meio das mucosas do trato genital ou retal no momento da relação sexual. Em algumas horas após a infecção pela via sexual, o HIV e células infectadas ultrapassam a barreira da mucosa,

permitindo dessa maneira, que o vírus permaneça no local de entrada e continue a infectar LT-CD4+, além de macrófagos e células dendríticas (BRASIL, 2014b).

O percurso patológico do HIV é dividido em três etapas: inicial ou primária, assintomática ou de latência clínica e sintomática. A infecção primária corresponde ao desenvolvimento da resposta imunológica, com duração de duas ou três semanas, nas quais o indivíduo apresenta sintomas semelhantes a uma gripe. Na fase assintomática ocorre a recuperação clínica, com diminuição da replicação viral, devido ao desenvolvimento da resposta imunitária. Nesta etapa, acontece a soroconversão, com surgimento de anticorpos que persistem no organismo durante toda a vida, e caracteriza-se por apresentar redução da CV, em decorrência da forte resposta imunológica do hospedeiro e pela inexistência de sintomas e sinais clínicos da doença, tendo duração de oito a doze anos (LORETO; AZEVEDO, 2012).

Na fase sintomática, ocorre uma intensa replicação viral e, conseqüentemente, a diminuição da resposta imunológica. Nessa situação, a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³, favorecendo o surgimento de neoplasias e infecções oportunistas graves. Este período dura alguns meses ou vários anos (LORETO; AZEVEDO, 2012).

Sendo a aids uma doença de grande projeção a nível nacional e mundial, e em virtude dos riscos que o vírus traz à sociedade, várias medidas de diagnóstico foram adotadas, como a testagem em laboratório, que tem o objetivo de proporcionar uma melhora na qualidade do diagnóstico da infecção recente pelo HIV, além de garantir que o diagnóstico seja seguro e concluído rapidamente. Dentre os testes utilizados, existem os testes confirmatórios convencionais (western blot - WB, imunoblot - IB ou imunoblot rápido - IBR), porém são impróprios para a detecção de infecções recentes, e aumentam o custo do diagnóstico. Atualmente, os testes moleculares são os mais utilizados, pois são mais eficazes na confirmação diagnóstica, já que permitem o diagnóstico de infecções agudas e apresentam melhor custo-efetividade (BRASIL, 2014b).

Além do exposto, existem os testes rápidos (TR), que ganharam bastante espaço no cenário nacional, e se enquadram no grupo dos imunoensaios (IE) simples, podendo ser realizados em até 30 minutos. Em virtude do desenvolvimento dos TR, atualmente, o diagnóstico do HIV pode ser realizado fora dos ambientes laboratoriais, ampliando o acesso ao diagnóstico. Os testes estão disponíveis em diversos formatos, sendo os mais utilizados: aqueles realizados como fluido oral (FO), ou os que utilizam soro, plasma ou sangue total (ST) (a amostra é obtida por punção digital). Os locais e situações nas quais é recomendada a utilização de testes rápidos são: quando a rede de serviços de saúde não tem infraestrutura laboratorial ou é localizada em regiões de difícil acesso; em Programas do Ministério da

Saúde (MS), como Rede Cegonha, ESF, Consultório na Rua, Quero Fazer; no CTA e na Unidade de Testagem Móvel (UTM) (BRASIL, 2014b).

A partir da necessidade de elevar as proporções de diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, o governo lançou a portaria SVS/MS Nº. 151, de 14 de outubro de 2009, que visa facilitar o acesso da população aos meios de diagnóstico, considerando a necessidade de criar alternativas para a ampliação do acesso, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do SUS. Além disso, a portaria referida justifica-se mediante a necessidade do diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV em situações especiais e de identificar os indivíduos infectados pelo HIV, tornando-se bastante relevante por permitir o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e, dessa forma, possibilitar a melhora na qualidade de vida das pessoas acometidas (BRASIL, 2009).

De acordo com a portaria supracitada, é aconselhável a realização do TR nas seguintes situações especiais: segmentos populacionais flutuantes; segmentos populacionais mais vulneráveis; parceiros de PVHA; acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte; gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto; parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto; abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional (BRASIL, 2009).

Além dos métodos diagnósticos supracitados, o monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, por meio da contagem de LT-CD4+ e da carga viral, pretende reduzir a morbimortalidade, com o início oportuno da TARV. A contagem de LT-CD4+ é um dos biomarcadores de maior importância para estimar o início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias contra infecções oportunistas. Esse exame permite avaliar o grau de comprometimento do sistema imune, bem como a recuperação da resposta imunológica ao tratamento, além de definir o momento de interromper as profilaxias (BRASIL, 2015b).

O diagnóstico precoce, em parceria com a terapia antirretroviral, objetiva a diminuição da CV e o aumento dos níveis sanguíneos de LT-CD4+. Neste caso, trata-se do nível secundário de prevenção. O uso de agentes anti-infecciosos para prevenir a instalação de infecções oportunistas, pode ser considerada proteção específica, sendo uma ação de prevenção primária, pois a prevenção ao HIV não está relacionada exclusivamente ao contágio. Uma vez a infecção instalada, a prevenção deve ser realizada visando à progressão

da deterioração imunológica, como o aparecimento de infecções oportunistas (TIBÚRCIO, 2010).

O termo DT é empregado para se referir às pessoas infectadas pelo HIV que buscam o tratamento em uma fase de sua doença, em que as diretrizes atuais sugerem que eles são incapazes de se beneficiar plenamente da TARV, ou seja, quando apresentam contagem de células T CD4 < 350 células/mm³. Em contraste, o termo diagnóstico muito tardio é designado para o subgrupo que apresenta contagem de células T CD4 < 200 células/mm³, associada às infecções oportunistas. Além disso, qualquer pessoa com uma condição definidora de aids também irá atender ambos os critérios, independentemente da sua contagem de células CD4 (ANTINORI et al., 2010).

De acordo com Tibúrcio (2010), o rastreamento sorológico voluntário para o HIV é justificado por dois motivos: o tratamento adequado que pretende prevenir a evolução da infecção assintomática até o estágio da aids, e a probabilidade de controlar a disseminação da infecção na população, reduzindo os comportamentos de risco. Porém, é possível observar nos serviços especializados que prestam atendimento aos portadores de HIV, que muitos indivíduos realizam os exames diagnósticos tardiamente, e os resultados apresentam diminuição de LT-CD4+ e elevação da carga viral. São inúmeros motivos que acarretam a postergação do exame, todavia o risco de morbidade eleva-se com o passar do tempo.

Estudo realizado em Tigray, na Etiópia, mostrou uma prevalência no atraso do diagnóstico da infecção pelo HIV de 68,8%. As razões que levaram ao diagnóstico tardio relatadas pelos participantes estavam relacionadas ao fato de se sentirem saudáveis, ao medo do estigma e da discriminação, ao uso de tratamento tradicional e outras razões (ASSEN et al., 2016).

Pesquisa realizada na Holanda, em 2012, identificou que 54% das PVHA apresentaram DT. Mais de 75% dos pacientes manifestavam sintomas clínicos antes do diagnóstico tardio, e 35% eram acometidos por doenças oportunistas no momento do diagnóstico ou no início do tratamento (COUL et al., 2016).

Não obstante a descentralização da assistência às PVHA, com a proximidade territorial de serviços de saúde em relação à população, ainda se observam barreiras do acesso ao diagnóstico precoce. Esta descentralização da atenção não significou necessariamente que o acesso ao diagnóstico e ao tratamento das pessoas com HIV seria facilitado, pois a territorialização pode assumir um significado contraditório, em consequência do estigma associado à aids (ZAMBENEDETT; SILVA, 2015).

Dados da UNAIDS (2017) evidenciaram que o estigma e a discriminação dificultam os esforços no enfrentamento da epidemia do HIV, fazendo com que as pessoas tenham receio de procurar por informações, serviços e métodos que diminuam o risco de infecção, além de adotar um comportamento mais seguro, com medo de que suspeitem do seu estado sorológico. O indivíduo pode deixar de fazer um teste rápido para o HIV na USF à qual ele pertence, pelo medo de suspeitarem que ele tenha o HIV.

Portanto, mesmo com o acesso gratuito aos serviços de saúde relacionados ao HIV, como prevenção, testagem, aconselhamento e tratamento, o preconceito e a discriminação afetam a chegada das populações mais vulneráveis aos serviços do SUS, e em especial os jovens. Informações recentes mostram que um terço das novas infecções pelo HIV no país é em pessoas com idade de 15 a 24 anos. Assim como em outros países que começaram a resposta à aids mais cedo, o Brasil passa a enfrentar o desafio de conscientizar e mobilizar seus jovens sobre a importância da prevenção e o fim da discriminação (ONU, 2015).

4 *Percurso Metodológico*



4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa é recorte de um projeto mais amplo, desenvolvido no Estado da Paraíba, intitulado “Diagnóstico tardio de infecção pelo HIV: trajetórias e perspectivas de pessoas que vivem com o HIV/aids.” Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal, com abordagem quantitativa, que visa responder quais são as variáveis relacionadas ao acesso das pessoas que vivem com HIV/aids aos serviços de saúde no município de Campina Grande, que se associam ao DT da infecção pelo HIV.

O estudo epidemiológico busca compreender o comportamento coletivo da saúde e da doença em determinada população, em certo espaço de tempo. A pesquisa analítica está subordinada a hipóteses, que relacionam eventos: uma resposta “causa” e um dado “efeito”. No estudo transversal, a “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente, e por meio da análise dos dados é possível identificar os grupos de interesse, os “expostos” e “não-expostos”. Já o estudo observacional está pautado em investigar situações que ocorrem naturalmente e, portanto, não existe intervenção por parte do investigador (PEREIRA, 2010).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no município de Campina Grande, segunda maior cidade do Estado da Paraíba, que está localizado no Nordeste brasileiro. Esta cidade possui uma população estimada, em 2016, de 407.754 habitantes, com densidade demográfica de 648,31 hab/km² e uma área territorial de 593,026 km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi 0,720, em 2010 (IBGE, 2010).

FIGURA 1 – Mapa da Paraíba, com enfoque em Campina Grande.



Fonte: Paraíba, 2017.

FIGURA 2 – Mapa do município de Campina Grande - PB.



Fonte: Campina Grande, 2017.

O município cenário deste estudo concentra um significativo número de PVHA, e assim como outros municípios, luta para controlar a epidemia. A cidade possui os seguintes serviços especializados em HIV/aids: o Hospital Universitário Alcides Carneiro, que é tido como referência no diagnóstico do HIV e no acompanhamento das pessoas em TARV, além de ser Hospital Dia; possui apenas um CTA; dois SAE, que estão localizados na Secretaria Municipal de Saúde e no Hospital Universitário Alcides Carneiro; a Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) e o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), que são serviços de prevenção à transmissão materno-infantil (PARAÍBA, 2016).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo foi constituída por adultos portadores de HIV/aids em TARV, acompanhados nos dois SAE do município de Campina Grande-PB, que registraram 695 atendimentos para distribuição de medicamentos antirretrovirais em junho de 2016, sendo esta quantidade de PVHA considerada a população desta pesquisa.

A amostra foi do tipo aleatória estratificada, composta por indivíduos com HIV/aids que são atendidos nos SAE citados e recebem o tratamento antirretroviral. A pesquisa utilizou os seguintes critérios de inclusão: portadores de HIV/aids em TARV, maiores de 18 anos e que contenham todos os dados requeridos para a pesquisa registrados nos prontuários determinados, como a contagem de LT-CD4+ e CV no momento do diagnóstico, e data do diagnóstico, e se há presença de doença indicativa de aids na ocasião do diagnóstico.

Para a realização do cálculo amostral, foi considerado o intervalo de confiança (IC) de 95%, a proporção do diagnóstico tardio de 60% (BRASIL, 2015a; GRANJEIRO et al., 2011), o erro máximo permitido de 5% e a probabilidade de perda amostral de 10%. Como a amostragem será do tipo estratificada, que se caracteriza pela seleção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada, realizou-se o cálculo amostral para cada estrato, ou seja, para cada SAE, a partir da fração amostral correspondente a 0,103739. Desse modo, obteve-se uma amostra constituída por 72 usuários com HIV/aids nos estratos de Campina Grande-PB, correspondendo a 20 participantes do SAE do Hospital Universitário Alcides Carneiro e 52 do SAE Municipal.

A alocação das unidades amostrais foi realizada por meio de sorteio, com o objetivo de estabelecer os dias para a coleta dos dados de forma aleatória. Para o sorteio, foi considerado o período de um mês de atendimento em cada SAE, equivalente a vinte dias, pois os serviços funcionam de segunda à sexta, além da média diária de atendimentos. Dessa forma, para o SAE - Hospital Universitário Alcides Carneiro foram sorteados três dias (sendo um reserva), pois a média de atendimentos correspondeu a 10,2 e a amostra foi constituída por 20 participantes. Para o SAE Municipal de Campina Grande também foram sorteados três dias (sendo um reserva), pois a média de atendimentos foi 26,4 e a amostra foi formada por 52 pessoas.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O presente estudo fez uso de um questionário Apêndice A (pág. 75), aplicado mediante entrevista, contendo perguntas segundo escalas variadas de respostas dicotômicas e categóricas. O instrumento foi composto por questões referentes às características sociodemográficas dos participantes e informações sobre o diagnóstico de HIV/aids, além de variáveis referentes ao acesso das PVHA aos serviços de saúde.

Segundo Gil (2008), a entrevista é uma técnica na qual o entrevistador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à pesquisa. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A coleta dos dados aconteceu mediante a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, no período de abril a maio de 2017. Os dados foram coletados por meio de fontes primárias – entrevistas com as PVHA em TARV e dados dos prontuários, referentes às datas do diagnóstico e da notificação do HIV/aids e aos exames realizados no

momento do diagnóstico, a saber, contagem de LT-CD4+ e de carga viral. Deve-se deixar claro que as entrevistas foram realizadas em um local que ofereceu privacidade ao entrevistado, nos dias de acompanhamento das PVHA em seu respectivo SAE, a partir da concordância na colaboração da pesquisa por meio do consentimento por escrito.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Nesta pesquisa, foram considerados os desfechos subsequentes, baseados na variável *proxy* contagem de LT-CD4 + no momento do diagnóstico (ANTINORI et al., 2010): diagnóstico oportuno, caracterizado por apresentar contagem de LT-CD4 igual ou superior a 350 células/ mm³; diagnóstico tardio, definido pela contagem de LT CD4 + inferior a 350 células/ mm³; e diagnóstico muito tardio, medido pela contagem de LT-CD4 + inferior a 200 células/ mm³ ou o surgimento de alguma doença oportunista no período de três meses de diagnóstico ou doença característica de aids no exame inicial.

Partindo do pressuposto de que o tempo para o diagnóstico de infecção pelo HIV está associado com fatores socioeconômicos e demográficos e com o acesso das PVHA aos serviços de saúde, serão consideradas as variáveis de exposição expostas no Quadro 1 abaixo.

QUADRO 1 – Variáveis de exposição utilizadas no estudo.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIÁVEIS SOBRE ACESSO
Idade	Motivo pelo qual procurou o serviço de saúde para realizar o teste de HIV
Raça	Uso de outras alternativas após o adoecimento
Ocupação	Demora a buscar o serviço de saúde
Escolaridade	Primeiro serviço de saúde procurado
Local de moradia	Primeiro serviço de saúde que realizou o teste de HIV
Zona rural ou urbana	Aconselhamento na realização do teste do HIV
Números de cômodos da casa	Tempo para receber o resultado do teste de HIV
Rede de esgoto e água encanada	Serviço de saúde que realizou o diagnóstico
Coleta de lixo	Número de vezes que foi ao serviço até receber o diagnóstico de HIV
Pavimentação da rua em que reside	Realização da consulta no prazo de 24 h
Uso de telefone celular	Frequência de perda de turnos de trabalho ou de compromissos para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids

Acesso à internet nos últimos 3 meses	Distância entre serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids e a casa do usuário
Transporte utilizado	Meio de transporte utilizado para realizar o percurso até o serviço de saúde em que descobriu que tinha HIV/aids
Cobertura de plano de saúde	Frequência com que gastou com transporte para se deslocar até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids
Renda mensal da família	Frequência com que pagou para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids
Ser fumante	Auxílio-financeiro para realizar consultas e exames para descobrir que tinha HIV/aids
Ingestão excessiva de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Atendimento dos profissionais do serviço de saúde que realizou o diagnóstico
Uso de drogas ilícitas	Atitude após descobrir que tinha HIV

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados e analisados no Software SPSS Statistics, versão 20.0. Primeiramente foi estimada a prevalência do diagnóstico tardio da infecção por HIV, a partir da variável *proxy* contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico. Os dados referentes à contagem de LT-CD4+ e CV foram analisados através do cálculo de medidas descritivas, como frequências relativas e absolutas.

Posteriormente, realizou-se a medida de associação das variáveis de exposição com os desfechos, por meio de teste de associação qui-quadrado (χ^2). Intervalos de confiança tiveram nível de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$ decidiu a rejeição da hipótese nula em todos os testes estatísticos utilizados neste trabalho. Por conseguinte, realizou-se a discussão dos resultados obtidos em consonância com a literatura pertinente.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, cumprindo dessa maneira à Resolução CNS 466/2012. A pesquisa contou com a participação de indivíduos, respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), assinado após a exposição do projeto, com seus objetivos, garantia da utilização dados para fins de pesquisa e do anonimato dos entrevistados, de acordo com o dispõe na resolução referida. A coleta de dados foi realizada após aprovação

nos Comitês de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob o Parecer nº. 1.973.626, e da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº. 1.870.281.

O estudo não apresentou riscos ou desconfortos potenciais significativos à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsível que sejam prejudiciais à saúde e bem-estar dos participantes do estudo, contudo existiu o risco de constrangimento, já que foram abordadas questões relacionadas à sexualidade. O referido risco foi atenuado garantindo-se privacidade no momento da coleta dos dados.

Vale ressaltar que não houve benefícios diretos, porém, espera-se que a pesquisa forneça informações que contribuam para a formulação de políticas e ações de saúde voltadas para o diagnóstico precoce da infecção do HIV e tratamento oportuno, propiciando a diminuição da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids.

5 Resultados e Discussão



5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS

Na Tabela 1, observa-se as informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa. A distribuição das variáveis segundo a idade mostrou que do total de participantes do estudo, 51 (70,8%) deles encontravam-se na faixa etária de 18 a 39 anos no momento do diagnóstico. Além disso, nota-se que as categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes (valor-p < 0,001).

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e de saúde das PVHA entrevistadas. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017. (n = 72).

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Faixa etária quando descobriu o HIV	Até 17	3	4,2	< 0,001
	18 a 24	14	19,4	
	25 a 39	37	51,4	
	40 a 49	11	15,3	
	50 a 59	6	8,3	
	60 ou mais	1	1,4	
	Total	72	100,0	
Raça/cor	Branca	21	29,2	0,075
	Negra	17	23,6	
	Amarela	2	2,8	
	Parda	32	44,4	
	Total	72	100,0	
Anos de estudo	Nenhum	2	2,8	< 0,001
	1 a 8	40	55,6	
	9 a 11	16	22,2	
	12 acima	14	19,4	
	Total	72	100,0	
Ocupação	Desempregado	23	31,9	< 0,001
	Empregado	10	13,9	
	Autônomo	8	11,1	
	Do lar	9	12,5	
	Estudante	5	6,9	
	Aposentado	2	2,8	
	Subsidiado	15	20,8	
	Total	72	100,0	

Cobertura de plano de saúde	Sim	3	4,2	< 0,001
	Não	69	95,8	
	Total	72	100,0	
Fumantes	Sim	16	22,2	< 0,001
	Não	56	77,8	
	Total	72	100,0	
Ingestão excessiva de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	Sim	26	36,1	0,018
	Não	46	63,9	
	Total	72	100,0	
Uso de drogas ilícitas	Sim	16	22,2	< 0,001
	Não	56	77,8	
	Total	72	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto aos anos de estudo, 40 (55,6%) dos entrevistados apresentam baixo grau de escolaridade, tendo cursado entre 1 e 8 anos de estudo e as categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes (valor-p < 0,001). Em relação à raça, 32 (44,4%) dos participantes declararam-se pardos, existindo diferença estatisticamente significativa entre as categorias (valor-p < 0,001).

No Brasil, os casos de aids ocorrem predominantemente em indivíduos com idade entre 25 e 39 anos. No público masculino, essa faixa etária corresponde a 53,0% e, entre as mulheres, a 49,4% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2016. Entretanto, nos últimos dez anos, observou-se um aumento da taxa de detecção, entre os homens de 15 a 19 anos; 20 a 24 anos e 60 anos e mais. No público feminino, nos últimos dez anos, observou-se que a taxa de detecção apresentou uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, exceto entre as de 15 a 19, 55 a 59 e 60 anos e mais (BRASIL, 2016a).

Resultados semelhantes são descritos em estudo realizado no Estado da Paraíba, com PVHA atendidas nos serviços de referência ao HIV/aids, o qual observou que a maioria está na faixa etária entre 18 e 49 anos, que corresponde à população em idade produtiva no mercado de trabalho, no entanto, poucos estão desempregados e a maior parcela encontra-se em subempregos, com renda de até 2 salários mínimos. Salienta-se que os adultos jovens, considerados a principal mão de obra do país, estão mais susceptíveis à infecção pelo vírus do HIV (PEREIRA et al., 2012).

Pesquisa realizada em dois municípios do interior do Estado de São Paulo revelou também resultados semelhantes ao do presente estudo, expondo que 54% do total dos participantes, encontravam-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos (REIS et al., 2011). Nota-se

que a maior incidência do HIV é na população jovem do país, o que pode acarretar em grandes repercussões no cenário econômico brasileiro.

A faixa etária é um dos fatores que se associam ao DT do HIV/aids, pois os adultos jovens estão mais propensos à infecção pelo vírus do HIV, em virtude dos seus hábitos de vida relacionados ao maior número de parceiros e à prática de relações sexuais desprotegidas, que acentuam as chances de contágio pelo HIV e, conseqüentemente, a probabilidade de apresentação tardia (CABRAL; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Estudo realizado na Europa apontou que a maioria dos entrevistados com faixa etária entre 30 e 39 anos teve diagnóstico tardio (YAZDANPANA et al., 2010).

Dados da raça, o número de casos descritos no presente estudo foi maior em indivíduos que se declararam pardos, a população paranaense esteve presente nesse estudo numa proporção de 44%, seguida da raça negra e um percentual de 23,6%. Estudo realizado por Carneiro (2011), afirmou que a população negra é mais afetada pelo HIV, e um dos fatores que estão relacionados a isso é a existência de desigualdades ligadas ao modo de operação de mecanismos sociais, tais como a educação escolar, a seletividade do mercado de trabalho, a pobreza e a organização familiar, que propiciam um ambiente de vulnerabilidade para esses indivíduos. Estudo realizado no Maranhão expõe dados semelhantes aos achados da pesquisa, apontando que a raça parda é predominante entre os participantes do estudo (SERRA; ROSS, 2012).

No contexto atual, destacam-se as mulheres negras, que em sua maioria vivem em situações sociais onde vários fatores potencializam a vulnerabilidade às IST/aids (SANCHEZ, 2007). Dentre estes fatores, destacam-se a violência baseada em gênero, a discriminação racial, a pobreza e a baixa escolaridade (SEFFNER, 2009).

Segundo Librelotto (2012), a desigualdade racial é um fator de determinação do lugar do indivíduo na sociedade, algo que define o acesso à riqueza, escolaridade, moradia, bens públicos, serviço de saúde, informação, entre outros. Nesta perspectiva, nota-se uma maior incidência do HIV/aids sobre a população negra e parda. A vulnerabilidade desse público à infecção pelo HIV estaria relacionada à violência estrutural que incide de modo mais perverso sobre o grupo, principalmente nas comunidades pobres. Essa dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde acaba interferindo na busca pelo diagnóstico oportuno e levando esses indivíduos a se apresentarem com DT.

Outro dado relevante encontrado neste estudo foi a predominância da baixa escolaridade, pois 40 (55,6%) dos entrevistados tinham cursado entre 1 e 8 anos de estudo. Essa predominância favorece o atraso no diagnóstico da infecção devido à falta de

informações sobre as formas de prevenção e tratamento do HIV/aids. Segundo a PNAD (2014), o número médio de anos de estudo dos brasileiros foi de 7,7 anos. A escolaridade é outro ponto que está associado à infecção pelo HIV, uma vez que indivíduos com baixa escolaridade tendem a assimilar as informações de forma inadequada, não compreendendo as informações sobre a doença, o que os tornam mais vulneráveis ao HIV. O baixo grau de instrução está relacionado à ocupação profissional, tendo em vista que baixos salários e uma condição socioeconômica precária dificultam o acesso a um melhor serviço de saúde (SILVA et al., 2015).

Além do exposto, indivíduos com até oito anos de estudo apresentam menor qualidade de vida, pois essas pessoas enfrentam dificuldades para trabalhar e desenvolver outras atividades diárias (PASSOS; SOUZA, 2015). Para Belak et. al (2006) e Gaspar et. al (2011), o ensino superior oferece uma melhor qualidade de vida. Um maior grau de instrução geralmente oferece benefícios financeiros e está diretamente relacionado ao emprego e ao rendimento mensal.

Estudo aponta que o maior grau de instrução estimula o indivíduo a buscar por conhecimentos específicos sobre o HIV, o que facilita o entendimento dos riscos de contágio quando as informações são providas por meio da mídia, de parentes ou de outras pessoas (IRTTI; SOARES; SOUZA, 2010).

Em contrapartida, a ocorrência de DT está associada à falta de informação, resultante do baixo grau de escolaridade dos indivíduos, que por sua vez desencadeia em desemprego e em dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a informações sobre a infecção pelo HIV, o que influenciará na sua apresentação tardia (SILVA et al., 2015).

Em relação à variável ocupação, constatou-se que 23 (31,9%) dos entrevistados encontram-se desempregados. Segundo dados da PNAD (2014), o contingente de pessoas desocupadas em 2014 foi de 7,3 milhões. Ressalta-se que o desemprego está associado a uma qualidade de vida mais pobre (PASSOS; SOUZA, 2015). Desse modo, os indivíduos com HIV/aids desempregados apresentam pior qualidade de vida, em comparação com indivíduos empregados (REIS et al., 2011).

Pereira et al. (2012) afirmaram em seu estudo que a baixa renda mensal e baixa escolaridade são fatores que implicam em dificuldades no suporte social e emocional que os indivíduos que vivem com HIV/aids precisam e, conseqüentemente, comprometem o quadro clínico dessas pessoas, pois acarretam a falta de informações, influenciam o atraso do diagnóstico e, possivelmente, retardam o início da TARV.

No que se refere à cobertura de plano de saúde, 69 (95,3%) dos entrevistados afirmaram que não possuem plano de saúde e, portanto, utilizam os serviços ofertados pelo SUS. Os planos de saúde, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) 2017, dão cobertura a 47.606.341 usuários em todo território nacional, enquanto o serviço público de saúde utilizado pela maioria dos participantes da pesquisa é universal e presta atendimento a todo cidadão brasileiro. O SUS oferece uma gama de serviços especializados para o HIV/aids, como: ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, policlínicas e o SAE, servindo de porta de entrada para o indivíduo, facilitando o acesso e buscando favorecer o diagnóstico oportuno (BRASIL, 2017). Ainda conforme a Tabela 1, assinala-se que 56 (77,8%) dos participantes não são fumantes. Estudo da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizado em 27 cidades brasileiras referiu que o percentual de fumantes é de 10,2%, sendo maior o público masculino quando comparado ao feminino, porém nota-se que esse percentual é pequeno em relação à dimensão do país, o que nos leva a entender que o número de fumantes está em declínio nos últimos anos (BRASIL, 2016b).

Além do exposto, do total de participantes, 46 (63,9%) dos participantes da pesquisa, afirmaram não terem consumido bebida alcoólica em excesso nos últimos trinta dias, o que apresenta repercussões positivas para a saúde das PVHA. Outro dado relevante é a não utilização de drogas ilícitas, pois 56 (77,8%) dos entrevistados afirmaram que nunca utilizaram este tipo de droga.

Os dados sobre hábitos de vida referidos anteriormente são de extrema importância, já que estudo realizado na Itália revelou a associação de um histórico de uso de drogas e o desemprego com apresentação tardia ao serviço de saúde. Os usuários de drogas e outras pessoas com status socioeconômico desfavorecido têm dificuldades em acessar os serviços de atenção primária, aumentando as chances de um DT (GIRARDI et al., 2004).

Na Tabela 2, foram categorizadas as informações referentes à caracterização socioeconômica dos participantes do estudo. Em relação ao local de moradia, 49 (68,1%) dos entrevistados moram em casa ou apartamento próprios e 63 (87,5%) deles residem na zona urbana. Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias destas variáveis (valor-p < 0,001).

Além do exposto, os dados referidos na tabela revelaram que a maior parte dos entrevistados reside em domicílios próprios, com acesso à rede de esgoto, à água encanada e à coleta de lixo. Estes resultados estão em consonância com os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que apontou o total de 67 milhões de domicílios

brasileiros, sendo que o número de domicílios próprios é maior em relação aos alugados. Do total de domicílios brasileiros, 57,2 milhões, são atendidos pela rede geral de abastecimento de água. Já a rede de esgotamento sanitário atende apenas 42,6 milhões de domicílios. A coleta de lixo abrange 60,2 milhões de domicílios (BRASIL, 2014c).

Tabela 2 - Caracterização socioeconômica dos participantes do estudo. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017. (n = 72).

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Local de moradia	Casa/Ap. próprio	49	68,1	< 0,001
	Casa/Ap. alugado	21	29,2	
	Casa cedida	2	2,8	
	Total	72	100,0	
Zona rural ou urbana	Urbana	63	87,5	< 0,001
	Rural	9	12,5	
	Total	72	100,0	
Rede de esgoto	Sim	58	80,6	< 0,001
	Não	14	19,4	
	Total	72	100,0	
Água encanada	Sim	60	83,3	< 0,001
	Não	12	16,7	
	Total	72	100,0	
Coleta de lixo	Sim	66	91,7	< 0,001
	Não	6	8,3	
	Total	72	100,0	
Uso de telefone celular	Sim	62	86,1	< 0,001
	Não	10	13,9	
	Total	72	100,0	
Acesso à internet nos últimos 3 meses	Sim	49	68,1	0,002
	Não	23	31,9	
	Total	72	100,0	
Transporte utilizado	Público	53	73,6	< 0,001
	Automóvel/Motocicleta	17	23,6	
	A pé	2	2,8	
	Total	72	100,0	
Renda mensal da família	Até 1 Salário Mínimo (R\$ 930,00)	44	61,1	< 0,001

(Continuação)

>1 a 2	16	22,2
>2 a 3	7	9,7
>3 a 4	4	5,6
Acima de 4	1	1,4
Total	72	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em relação à localização da moradia, com a maioria (87,5%) dos entrevistados morando na zona urbana, esta pesquisa corrobora com a literatura, obtendo resultado semelhante a de estudo realizado com adolescentes no Estado de Pernambuco, o qual revelou que a maioria dos casos de HIV/aids em adolescentes concentrou-se na zona urbana (CABRAL; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). A urbanização da aids tem associação com inúmeros fatores, dentre eles destaca-se a maior agrupamento populacional, a facilitação do contato sexual incitando a promiscuidade e o grande número de parceiros e relações sexuais (NEVES et al., 2011).

O acesso a uma boa condição de moradia e a saneamento básico são considerados importantes determinantes sociais de saúde (DSS), definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo saúde doença (BUSS; FILHO, 2017).

No que se refere à renda mensal familiar, do total de entrevistados, 44 (61,1%) deles possuem renda mensal de até 1 salário mínimo, o que denota a existência de vulnerabilidade social, que por sua vez pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o retardo no diagnóstico. Estudo realizado em território nacional expôs que 41,5% dos domicílios brasileiros declararam que possuem algum tipo de rendimento, com valor de até 1 salário mínimo por morador (BRASIL, 2014c). Outro estudo apontou dados semelhantes, com 70% de seus participantes recebendo até um salário mínimo (MACCARTHY et al., 2016).

De acordo com Ferreira et al. (2012), a renda apresenta associação com a qualidade de vida do indivíduos que vivem com HIV/aids, pois em sua pesquisa, as pessoas com renda de 3,1 a 4 salários mínimos apresentaram melhores condições de vida, algo que influencia diretamente nas relações sociais e no meio em que o indivíduo está inserido.

Os dados deste estudo evidenciam que os menos favorecidos estão mais susceptíveis ao HIV/aids. Leite (2003) concluiu em sua pesquisa que o HIV tem maior incidência nos segmentos populacionais mais vulneráveis, fenômeno chamado de "pauperização" crescente da aids, ou seja, a evolução mundial da pandemia mostra que atualmente os casos se

concentram nos estratos mais pobres das sociedades economicamente desenvolvidas e que estão sendo majoritariamente atingidos pelo HIV/aids.

As variáveis sociais acarretam alterações na ecologia das doenças infecciosas, uma vez que as camadas populacionais mais pobres e menos assistidas tornam-se mais vulneráveis à disseminação destes agentes por razões biológicas, como a fragilidade imunológica, e por razões predominantemente sociais, quando, por exemplo, apresentam dificuldades em ter suas demandas atendidas e vivem em residências com infraestrutura precária (BASTOS; SZWARCOWALD, 2003).

Quanto à variável meio de transporte utilizado, 53 (73,6%) dos participantes da pesquisa referiram utilizar mais o transporte público para se deslocar, o que significa que existe diferença estatisticamente significativa entre as categorias (valor-p < 0,001). Pesquisa realizada por Silva, Lima e Hamann (2010), relatou que apenas 38% dos entrevistados utilizaram automóvel próprio. Ressalta-se que a utilização de transporte público pode ser uma barreira para o acesso a serviços de saúde, devido ao maior tempo de deslocamento necessário e à defasagem deste tipo de transporte, especialmente se os mesmos estiverem situados distantes das residências dos usuários.

Ainda em relação à condição socioeconômica dos indivíduos entrevistados, verificou-se que 62 (86,1%) deles possuem telefone celular e 49 (68,1%) dos participantes utilizaram a internet nos últimos 3 meses. Em ambas as variáveis, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias (valor-p < 0,001 e valor-p = 0,002, respectivamente). Estudo brasileiro relatou que 37,8 milhões de domicílios possuem apenas telefone móvel celular e cerca de 95,4 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade tiveram acesso à internet em 2014 (BRASIL, 2014c).

Atualmente, o celular é uma importante plataforma de comunicação e, desde o final do século passado, os avanços na tecnologia da informação e comunicação têm possibilitado uma infinidade de possibilidades na educação em saúde. Dessa forma, a utilização do celular favorece a busca das pessoas por informações sobre o HIV/aids (CAMPANHOLLI et al., 2012).

O acesso à internet também possibilita as camadas da população a acessarem informações do mundo inteiro e, assim, o acesso ou não à rede constitui um fator de exclusão do mundo globalizado. A internet é utilizada como ferramenta indispensável na busca de informação destinada à pesquisa, para diversos fins, e não seria diferente com o HIV, pois é uma fonte rica de informações sobre as formas de prevenção, como também as condutas que devem ser tomadas para realização do diagnóstico (BAPTISTA, 2007).

5.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS

No Brasil, o monitoramento clínico é realizado por meio da contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico, sendo considerado diagnóstico tardio quando a contagem de LT-CD4+ é inferior a 200 células/mm³, e diagnóstico oportuno, quando a contagem de LT-CD4+ é superior a 500 células/mm³ (BRASIL, 2014b).

Este estudo utilizou a seguinte classificação de diagnóstico: diagnóstico oportuno, caracterizado por apresentar contagem de LT-CD4+ igual ou superior a 350 células/mm³; diagnóstico tardio, definido pela contagem de LT CD4+ inferior a 350 células/mm³; e diagnóstico muito tardio, medido pela contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³ ou o surgimento de alguma doença oportunista no período de três meses de diagnóstico ou doença característica de aids no exame inicial (ANTINORI et al., 2010).

Na Tabela 3, verifica-se as informações sobre o diagnóstico do HIV/aids, por meio da contagem de Linfócitos T CD4+ e de carga viral (CV).

Tabela 3 – Informações do diagnóstico do HIV/aids, a partir da contagem de Linfócitos T CD+ e Carga Viral e a apresentação aos serviços de saúde para o início da TARV. Campina Grande - PB, abril a maio de 2017. (n = 72).

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Contagem de Linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico	Menor que 200 células/mm ³	28	38,9	< 0,001
	200 a 349 células/mm ³	17	23,6	
	350 a 499 células/mm ³	9	12,5	
	500 células/mm ³ ou mais	18	25,0	
	Total	72	100,0	
Carga viral no momento do diagnóstico	Carga viral indetectável	6	8,3	< 0,001
	51 a 400 cópias/ml	2	2,8	
	401 a 1.000 cópias/ml	2	2,8	
	1.001 a 10.000 cópias/ml	6	8,3	
	10.001 a 100.000 cópias/ml	24	33,3	
	Acima de 100.000 cópias/ml	21	29,2	
	Ignorado	11	15,3	
Total	72	100,0		
Tempo de detecção do HIV e o início da terapia antirretroviral	0 dias	35	48,6	< 0,001
	1 a 3 dias	10	13,9	
	4 a 7 dias	7	9,7	
	8 dias ou mais	20	27,8	
	Total	72	100,0	

(Continuação)

Tempo de detecção do HIV	Menos de 1 ano	57	79,2	< 0,001
	1 a 2 anos	10	13,9	
	Mais de 2 anos	5	6,9	
	Total	72	100,0	
Diagnóstico de aids	Sim	45	62,5	0,034
	Não	27	37,5	
	Total	72	100,0	
Doenças indicativas de aids no momento do diagnóstico	Sim	11	15,3	< 0,001
	Não	61	84,7	
	Total	72	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Dentre as categorias pesquisadas, observa-se que do total de entrevistados do estudo, 45 (62,5%) deles apresentaram DT ou muito tardio, correspondendo respectivamente a 23,6% e a 38,9%, observando-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias (valor- $p < 0,001$).

A elevada prevalência de DT gera um prognóstico pobre, levando a uma má qualidade de vida e prejuízos, tais como: agravamento dos casos, atraso no início da terapia antirretroviral, aumento da mortalidade e diminuição da qualidade de vida, no que diz respeito à saúde e ao papel do paciente na sociedade (RODRIGUEZ et al., 2013).

Pesquisa realizada por Kundro et al. (2016) em Buenos Aires, referiu que o DT da infecção pelo HIV continua predominante, pois quase metade dos participantes do estudo apresentaram-se tardiamente para os cuidados com a infecção, com contagem de LT-CD4+ inferior a 350 células/ mm³.

Outro estudo realizado na Austrália, Canadá, França, Itália e Estados Unidos sobre o DT da infecção pelo HIV, evidenciou em seus resultados a seguinte porcentagem de pessoas com apresentação muito tardia (LT-CD4+ < 200 células/mm³): nos Estados Unidos (28,7%), na Austrália (18,8%), na França (15,2%), na Itália (14,5%) e no Canadá (8,8%). Salienta-se que mesmo sendo todos países desenvolvidos, apresentaram uma taxa considerável de indivíduos com diagnóstico muito tardio (HALL et al., 2013).

Outra questão importante evidenciada neste estudo está relacionada com a contagem de CV dos entrevistados no momento do diagnóstico, pois do total de participantes, 30 (41,6%) deles apresentaram taxas elevadas de CV, ou seja, valores superiores a 10.000 cópias/ml. Aponta-se que as categorias tiveram proporções estatisticamente diferentes (valor-

$p < 0,001$). Enfatiza-se que altos níveis de carga viral estão associados com a qualidade de vida do indivíduo (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Os indivíduos que apresentam baixa contagem de LT-CD4+ e CV elevada estão mais propensos a desenvolverem sintomas da aids e infecções oportunistas e a utilizarem excesso de medicamentos que afetam negativamente a qualidade de vida das PHVA (CHANDRA et al., 2006; SANTOS; FRANÇA; LOPES, 2007).

De acordo com a UNAIDS (2016b), a supressão viral é ferramenta importante na prevenção do HIV, visto que a carga viral a níveis indetectáveis reduz em grande proporção o risco de transmissibilidade do vírus para outras pessoas. Um dos aliados nesse processo é a terapia antirretroviral, que além de trazer inúmeros benefícios para a saúde das PVHA, suprime a CV a níveis indetectáveis. Em 2015, no mundo, um total de 13 milhões de PVHA não apresentavam CV indetectável.

Em relação ao início da TARV, 45 (62,5%) dos participantes relataram que começaram o tratamento antirretroviral em até 3 dias após terem o resultado positivo do HIV. O início imediato da TARV diminui os riscos de mortalidade e reduz as chances de aparecimento de doenças oportunistas (ANTINORI et al., 2010). Estudo realizado no Reino Unido revelou que indivíduos que começam a fazer o uso da TARV tardiamente apresentam 10 vezes mais chances de morrer (OLALLA; REYES; CAYLÀ, 2012).

No que se refere à ocorrência de diagnóstico de aids, do total de entrevistados, 45 (62,5%) deles declararam já possuírem o diagnóstico. Observa-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as categorias (valor - $p < 0,001$).

Salienta-se que o percentual de ocorrência de DT ou muito tardio neste estudo (62,5% dos casos) correspondeu à proporção de diagnosticados com a aids, pois o atraso no diagnóstico acarreta o agravamento dos casos, elevando a probabilidade de desenvolvimento da síndrome. A baixa contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico é um marcador de tempo, associado ao diagnóstico de aids, que está relacionada com o aumento da morbimortalidade, prognóstico pobre e diminuição da sobrevida. Além disso, as pessoas com aids causam impacto importante sobre os custos de utilização da saúde pública e aumentam em grande escala o risco de transmissão de HIV (HOFFMAN et al., 2010; FLEISHMAN et al., 2010).

Outro ponto relevante é o tempo de diagnóstico de HIV/aids, sobre o qual constatou-se que 57 (79,2%) dos participantes possuem menos de um ano de diagnóstico. Conforme Pereira et al. (2012), existe associação entre o menor tempo de diagnóstico e o início da TARV, ocasionando uma maior adesão ao tratamento.

Em relação ao surgimento de doenças indicativas de aids no momento do diagnóstico, observa-se que 61 (84,7%) dos participantes não apresentaram doenças oportunistas, um excelente dado, tendo em vista que estudo revelou que a presença de doenças oportunistas favorece a apresentação de outros sintomas e eventualmente a utilização de uma maior quantidade de medicamentos, afetando negativamente a qualidade de vida das PHVA (MOTTA et al., 2014).

Na Tabela 4, foram descritos os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico do HIV/aids. Em relação aos motivos que levaram os participantes da pesquisa a procurarem o serviço de saúde para realizar de HIV, 20 (27,8%) deles buscaram o serviço por se apresentarem doentes com sintomas de aids, e 18 (25,0%) procuraram o serviço por indicação médica. Nota-se que existem diferenças estatisticamente significativas na ocorrência destas categorias (valor-p < 0,001).

Tabela 4 – Fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico do HIV/aids. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017. (n= 72).

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2(Valor-p)
Motivo pelo qual procurou o serviço de saúde para realizar o teste de HIV	Indicação médica...	18	25,0	< 0,001
	Pré-natal	6	8,3	
	Suspeita após relação sexual desprotegida	8	11,1	
	Após relação sexual com parceiro HIV+	8	11,1	
	Por ter se apresentado doente...	20	27,8	
	Para saber seu estado sorológico	10	13,9	
	Outro	2	2,8	
	Total	72	100,0	
Demora a buscar o serviço de saúde	Sim, por se sentir saudável	22	30,6	< 0,001
	Sim, por sentir medo da doença	3	4,2	
	Sim, por sentir medo do estigma	2	2,8	
	Sim, por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV	12	16,7	
	Não	33	45,7	
	Total	72	100,0	
Primeiro serviço de saúde procurado para realização do teste de HIV	UBS/ USF	27	37,5	< 0,001
	Ambulatório de referência	1	1,4	
	SAE	4	5,6	
	Hospital Público	11	15,3	

	Hospital Privado	2	2,8	
	Consultório particular	5	6,9	
	Pronto-atendimento	5	6,9	
	CTA	8	11,1	
	Outro	9	12,5	
	Total	72	100,0	
O primeiro serviço de saúde que procurou realizou o teste de HIV	Sim	68	94,4	
	Não	4	5,6	< 0,001
	Total	72	100,0	
Recebeu aconselhamento na realização do teste do HIV	Sim	41	56,9	
	Não	31	43,1	0,239
	Total	72	100,0	
Tempo para receber o resultado do teste de HIV	No mesmo dia	23	31,9	
	Menos de uma semana	10	13,9	
	Mais de semana e menos de um mês	34	47,2	< 0,001
	Mais de um mês	5	7,0	
	Total	72	100,0	
Número de vezes que foi ao serviço até receber o diagnóstico de HIV	Uma	33	45,8	
	Duas	26	36,1	
	Três	4	5,6	< 0,001
	Quatro	4	5,6	
	Cinco a dez	5	6,9	
	Total	72	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Pesquisa desenvolvida por Medeiros et al. (2016) referiu em seus resultados que 52,5% dos usuários diagnosticaram a infecção a partir do aparecimento de sinais e sintomas e 80,9% apresentaram manifestações clínicas no momento do diagnóstico.

Os dados da pesquisa sobre a busca pelos serviços saúde corroboram com estudo realizado em Havana, Cuba, no qual os entrevistados relataram que buscaram o sistema de saúde devido ao baixo estado de saúde, porém eles não atribuíam seus sintomas ao HIV. A grande maioria dos entrevistados foi diagnosticada após a admissão hospitalar devido a uma doença característica de aids (APODACA et al., 2014).

Em relação à demora em buscar o serviço de saúde, 34 (47,3%) consideram que demoraram a buscar o serviço de saúde, por se sentirem saudáveis ou por acreditarem que não

tinham o risco de se contaminarem com o HIV. Dados semelhantes foram expostos em estudo realizado com HSH, que evidenciou a percepção do baixo risco por parte dos mesmos, um ponto que proporciona a pouca motivação para descobrir sobre locais de testes (GONÇALVES et al., 2016).

No que tange ao primeiro serviço procurado para realização do teste de HIV, do total de entrevistados, 27 (37,5%) referiram que buscaram os serviços de Atenção Primária à Saúde - Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família. Outra parcela dos participantes (15,3%) afirmou que recorreram aos hospitais públicos. Observa-se que houve diferenças estatisticamente significantes nas proporções das categorias (valor-p < 0,001).

A busca inicial por serviços de APS também foi descrita em estudo realizado por Silva, Lima e Hamann (2010), no qual cerca de 75% dos participantes da pesquisa utilizaram os serviços públicos no nível da atenção básica, que oferecem também a agilidade na devolução do resultado do teste de HIV, pelo fato de trabalharem com o teste rápido.

Pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, enfatizou a importância da Atenção Básica como facilitadora do diagnóstico do HIV, por ser um dos serviços mais próximos da população, e a porta de entrada preferencial para os demais serviços de saúde (ZAMBENEDETTI; AZEVEDO, 2015).

Em relação ao primeiro serviço de saúde procurado ter realizado ou não o teste de HIV, 68 (94,4%) dos participantes relataram que conseguiram realizar o teste no primeiro serviço de saúde que buscaram, configurando-se um facilitador do acesso ao diagnóstico. Nota-se que houve diferenças estatisticamente significantes nas proporções das categorias (valor-p < 0,001).

Quanto ao aconselhamento para a realização do teste de HIV, do total de entrevistados, 31 (43,1%) relataram que não receberam aconselhamento antes da realização do teste de HIV.

Ressalta-se a obrigatoriedade de realização de aconselhamento antes e depois de testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2010). Esta recomendação foi observada em estudo que retratou a dinâmica da UBS, que organizava os indivíduos conforme a ordem de chegada, e encaminhava os usuários para o consultório, onde era realizado o teste rápido e o aconselhamento individual (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

No que se refere ao tempo para entrega dos resultados, 23 (31,9%) das pessoas entrevistadas tiveram acesso no mesmo dia ao resultado do teste diagnóstico. Entretanto, 34 (47,2%) delas afirmaram que o tempo de espera pelo resultado do exame foi de mais de uma

semana e menos de um mês. Verifica-se que nesta variável, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias (valor-p < 0,001).

Com o advento do teste rápido para o HIV/aids, ocorreu a inserção do diagnóstico na atenção básica, visando reduzir o tempo necessário para o resultado a aproximadamente 30 minutos, enquanto o exame tradicional demanda em torno de 15 dias para o resultado. Outro aspecto que favorece a rede básica é a sua forte expansão no Brasil nas últimas duas décadas, o que facilita o acesso do usuário a estes serviços (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015). O MS enfatiza que a demora na entrega do resultado pode contribuir para a desistência da busca pelo exame, que, por conseguinte, pode favorecer o atraso no diagnóstico (BRASIL, 2008).

Do total de indivíduos envolvidos na pesquisa, 33 (45,8%) deles afirmaram que só necessitaram ir uma vez ao serviço de saúde para receberem o diagnóstico do HIV, e 26 (36,1%) dos participantes relataram que foram duas vezes ao serviço de saúde, para conseguir realizar o diagnóstico, existindo diferenças estatisticamente significativas entre as categorias (valor-p < 0,001). Estudo aponta que com a descentralização da atenção em saúde, a maioria dos municípios encontra dificuldade para organizar uma rede de atenção básica, levando ao surgimento de falhas que necessitam ser reparadas, como é o caso do indivíduo necessitar ir mais de uma vez ao serviço de saúde para conseguir realizar o teste diagnóstico para o HIV (BODSTEIN, 2002).

Na Tabela 5, foram assinaladas as variáveis relacionadas ao acesso ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico da infecção pelo HIV dos participantes do estudo. Do total de entrevistados, 24 (33,3%) deles realizaram o diagnóstico na Atenção Básica e 28 (38,9%) deles tiveram seu diagnóstico realizado em serviços secundários ambulatoriais, SAE, Pronto Atendimento e hospitais públicos, ocorrendo assim diferenças estatisticamente significativas entre as categorias.

Tabela 5 – Variáveis referentes ao acesso ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico do HIV/aids dos participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017. (n = 72).

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico	UBS/ USF	24	33,3	—
	Ambulatório de referência	3	4,2	
	SAE	5	6,9	
	Hospital Público	17	23,6	
	Hospital Privado	2	2,8	

(Continuação)

	Consultório particular	4	5,6	
	Pronto-atendimento	3	4,2	
	Outro	14	19,4	
	Total	72	100,0	
Conseguiu realizar a consulta no prazo de 24h, no serviço que descobriu o HIV/aids	Nunca	21	29,2	
	Quase nunca	8	11,1	
	Às vezes	3	4,2	
	Quase sempre	10	13,9	< 0,001
	Sempre	30	41,7	
	Total	72	100,0	
Distância entre serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids e a casa do usuário	Muito distante	16	22,2	
	Distante	26	36,1	
	Regular	7	9,7	
	Próximo	21	29,2	< 0,001
	Muito próximo	2	2,8	
	Total	72	100,0	
Meio de transporte utilizado para realizar o percurso até o serviço de saúde em que descobriu que tinha HIV/aids	Transporte público	41	56,9	
	Automóvel/ motocicleta próprio	18	25,0	
	A pé	3	4,2	
	Bicicleta	10	13,9	< 0,001
	Total	72	100,0	
Atendimento dos profissionais do serviço de saúde que realizou o diagnóstico	Muito ruim	3	4,2	
	Ruim	4	5,6	
	Regular	10	13,9	
	Bom	4	5,6	< 0,001
	Muito bom	51	70,8	
	Total	72	100,0	
Atitude após descobrir que tinha HIV	Resolveu aderir ao serviço de saúde	60	83,3	
	Não buscou o serviço de saúde, por dificuldades de acesso ao serviço	2	2,8	
	Não buscou o serviço de saúde, por negar a infecção e se sentir saudável	2	2,8	
	Não buscou o serviço de saúde, por medo da discriminação/preconceito	1	1,4	< 0,001
	Não buscou o serviço de saúde, por medo de outras pessoas descobrirem	3	4,2	
	Não buscou o serviço de saúde, por outro motivo	4	5,6	
	Total	72	100,0	

 Fonte: Dados pesquisa, 2017.

Não obstante a ampla cobertura da Atenção Básica e a proposta de descentralização da atenção ao HIV/aids, aponta-se que a maioria dos participantes da pesquisa buscou primeiramente os serviços secundários, sendo também diagnosticados nos mesmos. Em contrapartida, pesquisa realizada em uma comunidade quilombola brasileira revelou que 75% dos participantes do estudo utilizaram os serviços públicos de saúde em nível de atenção básica (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Estudo realizado com portadores da tuberculose, outra doença infecciosa, indicou que 73% dos doentes foram diagnosticados nos serviços de atenção secundária representados pelos pronto-atendimentos e ambulatórios de referência e de atenção terciária, representados pelos hospitais. As Unidades Básicas de Saúde representaram apenas 16% dos diagnósticos realizados (OLIVEIRA et al., 2011).

Observa-se que na categoria relacionada à realização de consultas no prazo de 24 horas, 30 (47,1%) dos participantes sempre conseguiram se consultar neste prazo, todavia, 21 (29,2%) deles referiram que nunca conseguiram se consultar dentro de um dia. Nota-se que existe diferença estatisticamente significativa entre as categorias (valor-p < 0,001). Resultados equivalentes foram apontados por estudo realizado com indivíduos acometidos com a tuberculose, no município de São José do Rio Preto, no qual os participantes que precisaram procurar o serviço de saúde três vezes e cinco vezes ou mais, nunca conseguiram consulta em 24 horas para realizar o diagnóstico do HIV, já os que procuraram uma vez o serviço de saúde para conseguir atendimento, sempre conseguiram consulta em 24 horas (SCATENA et al., 2009).

Ressalta-se que o usuário recém diagnosticado com HIV deve iniciar os cuidados com a infecção rapidamente, preferencialmente nas primeiras 24 horas, o que possibilitará melhor adesão ao serviço de saúde e ao tratamento antirretroviral.

Na variável relacionada à distância da residência do usuário até o serviço de saúde, verificou-se que 42 (58,3%) das pessoas que participaram da pesquisa consideraram que o serviço de saúde é distante ou muito distante de sua residência. Este dado também foi encontrado em outro estudo, que afirmou que os indivíduos classificam o serviço de saúde distante de suas residências. Salienta-se que a proximidade da unidade em relação às residências é um facilitador do acesso para a realização do teste diagnóstico do HIV (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Ao discorrer sobre acesso ao serviço de saúde é necessário refletir sobre a distância geográfica do serviço em relação à residência do usuário (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). Pesquisa realizada em Salvador expôs em seus resultados que os

entrevistados queixam-se da distância entre a suas residências e os serviços, e que os mesmos pensaram em desistir do tratamento pela distância e pelo tempo gasto em ir e voltar do serviço de atenção à aids (OLIVEIRA, 2009).

No entanto, destaca-se que a pessoa acometida pelo HIV/aids, muitas vezes prefere buscar serviços de saúde mais distantes de suas casas, devido ao receio de sofrerem preconceitos decorrentes da exposição do seu diagnóstico para a comunidade onde residem. O estigma da aids se sobrepõe a estigmas já existentes associados a outros grupos sociais como homossexuais, trabalhadores do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens preconceituosas estão arraigados na matriz cultural e social construindo diferenças e criando hierarquias que legitimam estruturas de desigualdades sociais (GARCIAL; KOYAMA, 2008).

Nos serviços de saúde brasileiros, públicos e privados, comportamentos discriminatórios são reproduzidos perante os usuários, sendo que a responsabilidade desses é defender direitos humanos fundamentais e reduzir iniquidades em saúde (CABRAL; CALDAS; CABRAL, 2005). Uma série de denúncias e estudos revela o tratamento potencialmente discriminatório a determinados usuários nos serviços de saúde (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Em relação ao meio de transporte utilizado para acessar o serviço que realizou o diagnóstico, do total de entrevistados, 41 (56,9%) utilizaram transporte público e 18 (25,0%) automóvel próprio. Em pesquisa realizada em Salvador-BA, as principais formas de deslocamento até o serviço de saúde foram a pé e de ônibus (OLIVEIRA, 2009).

Enfatiza-se que o acesso aos serviços de saúde está relacionado aos aspectos socioeconômicos e aos contextos políticos que, influenciam em maior ou menor grau, a efetivação de políticas públicas que poderiam proporcionar o diagnóstico oportuno do HIV/aids. Sendo assim, as ações de saúde tornam-se muitas vezes inacessíveis à população (FURTADO et al., 2016).

Em relação à qualidade de atendimento prestado pelos profissionais de saúde no serviço que realizou o diagnóstico, 51 (70,8%) dos participantes classificaram o atendimento como muito bom. Quanto à adesão ao tratamento após a descoberta do HIV, 60 (83,3%) dos entrevistados afirmaram que resolveram aderir ao serviço de saúde após o diagnóstico da infecção pelo vírus do HIV. Em ambas as variáveis, constata-se que as categorias tiveram proporções estatisticamente diferentes (valor-p < 0,001).

De acordo, com o Ministério da Saúde a adesão ao tratamento é um fator determinante da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, sendo hoje um dos maiores

desafios na atenção as PVHA, demandando de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso diário de medicamentos, além de outras necessidades, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades voltadas a adesão (BRASIL,2010).

Um atendimento prestado com qualidade proporcionará uma adesão maior por parte do usuário. Segundo a OMS (2004), a adesão consiste em um comportamento que desperta nas pessoas o desejo em corresponder às recomendações acordadas com o profissional da saúde, como: fazer uso correto dos remédios, seguir dietas ou mudar o hábitos de vida. É, sobretudo, um processo influenciado simultaneamente por vários fatores, requerendo uma abordagem multidisciplinar e contínua, especialmente nas doenças crônicas, como é o caso do HIV, que é uma patologia que o indivíduo terá que conviver.

Com a finalidade de melhorar o atendimento no serviço especializado de HIV/aids, é necessário que existam momentos de conversas com os pacientes, buscando abordar: o fato de “ser uma PVHA”, pois quando acontece a autoaceitação, ocorre a melhora na adesão; é importante dialogar sobre a conservação ou não do sigilo sobre a sua sorologia. Outro ponto são os benefícios da TARV, como: redução da carga viral, aumento da imunidade; assim, a equipe deve procurar saber quais os fatores que implicam em esquecimentos ou alterações nas tomadas da medicação. Outra estratégia de suma importância para promover a adesão é buscar adaptar a medicação à vida do usuário ao invés da vida à medicação (VERVOORT et al., 2007). Dessa maneira será mais fácil firmar um vínculo entre o serviço e as PVHA.

Na Tabela 6, é possível verificar os fatores relativos ao acesso aos serviços de saúde que apresentam ou não associação com a busca pelo diagnóstico do HIV/aids. Ressalta-se que a única variável que possuiu associação estatística com a ocorrência ou não de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV foi referente ao motivo que levou o usuário a procurar o serviço de saúde (valor-p = 0,004).

As demais variáveis expostas na tabela abaixo não apresentaram associação com o diagnóstico do HIV/aids, o que foi evidenciado pelo valor de $p > 0,05$, a saber: demora para buscar o serviço de saúde; primeiro serviço de saúde procurado para a realização do teste; serviço de saúde que realizou o diagnóstico; distância entre o serviço de saúde que realizou o diagnóstico e a residência do usuário; e meio de transporte utilizado para realizar o percurso até o serviço de saúde que descobriu o HIV/aids.

Tabela 6 – Associação de fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde com o diagnóstico do HIV/aids. Campina Grande-PB, abril a maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	Tardio		Não tardio		Valor-p (χ^2)
		n	%	n	%	
Motivo pelo qual procurou o serviço de saúde para realizar o teste de HIV	Indicação médica	12	26,7	6	22,2	0,004
	Pré-natal	3	6,7	3	11,1	
	Suspeita após relação sexual desprotegida	2	4,4	6	22,2	
	Após relação sexual com parceiro HIV+	5	11,1	3	11,1	
	Por ter se apresentado doente com sintomas de aids	19	42,2	1	3,7	
	Para saber seu estado sorológico	3	6,7	7	25,9	
Demora a buscar o serviço de saúde	Sim, por se sentir saudável	18	40,0	4	14,8	0,164
	Sim, por sentir medo da doença	1	2,2	2	7,4	
	Sim, por sentir medo do estigma	1	2,2	1	3,7	
	Sim, por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV	8	17,8	4	14,8	
	Sim, por outro motivo	17	37,8	16	59,3	
	Não					
Primeiro serviço de saúde procurado para realização do teste de HIV	UBS/ USF	17	37,8	10	37,0	0,478
	Ambulatório de referência	0	0,0	1	3,7	
	SAE	3	6,7	1	3,7	
	Hospital Público	8	17,8	3	11,1	
	Hospital Privado	2	4,4	0	0,0	
	Consultório particular	3	6,7	2	7,4	
	Pronto-atendimento	4	8,9	1	3,7	
	CTA	5	11,1	3	11,1	
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico	UBS/ USF	16	35,6	8	29,6	0,253
	Ambulatório de referência	1	2,2	2	7,4	
	SAE	2	4,4	3	11,1	
	Hospital Público	4	31,1	3	11,1	
	Hospital Privado	2	4,4	0	0,0	
	Consultório particular	2	4,4	2	7,4	
	Pronto-atendimento	2	4,4	1	3,7	
	Outro	6	13,3	8	29,6	
Distância entre serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids e a casa do	Muito distante	11	24,4	5	18,5	0,925
	Distante	15	33,3	11	40,7	
	Regular	5	11,1	2	7,4	

usuário	Próximo	13	28,9	8	29,6	
	Muito próximo	1	2,2	1	3,7	
Meio de transporte utilizado para realizar o percurso até o serviço de saúde em que descobriu que tinha HIV/aids	Transporte público	24	53,3	17	63,0	
	Automóvel/ motocicleta próprio	12	26,7	6	22,2	0,719
	Outros	9	20,0	4	14,8	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Dos participantes da pesquisa, 12 (26,7%) daqueles que procuraram o serviço por indicação médica apresentaram atraso no diagnóstico, e 19 (42,2%) dos que buscaram o serviço ao apresentar-se doente com sintomas de aids, foram diagnosticados tardiamente.

Estudo realizado no norte da Etiópia apontou que 42,8% dos entrevistados decidiram realizar o teste do HIV por meio de iniciativa própria, enquanto que 40,0% foram indicados por profissionais de saúde no hospital a realizarem o teste diagnóstico para o HIV. Na pesquisa referida, o motivo que levou os usuários a realizarem testes de HIV está significativamente associado ao atraso no diagnóstico da infecção. Aqueles que realizaram o teste por indicação dos profissionais de saúde ou por apresentarem-se doentes estavam mais propensos a serem diagnosticados tardiamente, em relação àqueles que realizaram o teste por iniciativa própria (BEYENE; BEYENE, 2015).

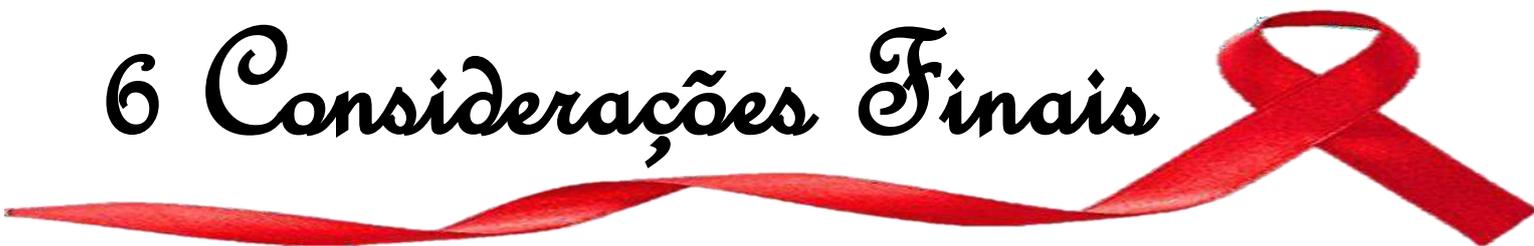
Com relação à demora pela busca pelo serviço de saúde, 18 (40%) dos entrevistados consideram que demoraram a buscar o serviço de saúde pelo fato de se sentirem saudáveis. Isso acabava por levar muitos indivíduos a serem diagnosticados tardiamente por negarem o risco a infecção pelo HIV.

Estudo realizado em uma comunidade de estudantes chineses reafirma esse dado, relatando a ausência de percepção de risco, os entrevistados consideram que possuem poucas chances de ser infectado pelo vírus, por isso não acham que há necessidade de realizar o exame (TRIEU, 2008). Em outra pesquisa realizada com jovens canadenses os resultados se assemelham novamente, mostrando que 35% se recusaram a realizar o exame, pois não tinham tido relações sexuais com uma pessoa com sorologia positiva, ou seja, nega o risco a susceptibilidade ao vírus do HIV (MYERS; ORR; LOCKER, 1993).

Os resultados deste estudo também estão em consonância com pesquisa desenvolvida na Coreia do Sul, que expressou que a proporção do diagnóstico tardio foi maior em indivíduos testados devido a sintomas clínicos em centros de saúde pública (LEE et al., 2010). Estudo brasileiro desenvolvido com idosos em municípios do Estado de São Paulo mostrou

que os idosos buscam o serviço de saúde quando já estão apresentando sinais e sintomas, muitas vezes sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

6 Considerações Finais



O DT é uma ameaça para PVHA, pois ocasiona diversas complicações, responsáveis pelo surgimento de doenças oportunistas, diminuição da qualidade de vida e o aumento da mortalidade entre os indivíduos. Neste sentido, o estudo propôs analisar como se dá o acesso do usuário aos serviços pertencentes à rede de atenção ao HIV/aids, as dificuldades enfrentadas no percurso para o diagnóstico, a qualidade do atendimento prestado a esse público e a associação destes fatores com a ocorrência de DT. Salienta-se que o diagnóstico oportuno é de extrema importância, pois favorece o início imediato da TARV, contribuindo para diminuição da transmissibilidade do vírus na comunidade e aumentando a expectativa e qualidade de vida das pessoas infectadas pelo vírus do HIV.

Em relação à caracterização dos participantes da pesquisa, apontam-se os seguintes resultados: faixa etária predominante de adultos jovens de 19 a 39 anos; a maioria dos participantes declaram-se pardos ou negros; parcela significativa dos participantes estavam desempregados; 95,8% dos entrevistados não possuem plano de saúde e o serviço mais utilizado é o SUS; 63,9% deles negam ser etilistas, bem como foi expressivo o número de pessoas que não fumam, correspondendo a 77,8% dos entrevistados.

Evidenciou-se nesta pesquisa fatores facilitadores e obstáculos que interferem na busca pelo diagnóstico do HIV/aids, relacionados tanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos dos indivíduos, quanto aos fatores referentes ao acesso aos serviços de saúde. Dentre os aspectos individuais que se configuram em obstáculos para o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV, destacam-se: os baixos níveis de escolaridade que resultam em falta de informações sobre o vírus e a baixa condição socioeconômica dos participantes, que acarretam diversas dificuldades de acesso a bens e serviços.

Do total da amostra, a maior parte dos entrevistados apresenta baixo grau de escolaridade, tendo cursado entre 1 e 8 anos de estudo, e possui renda mensal de até 1 salário mínimo. Estas pessoas têm dificuldade em compreender as informações sobre a doença, o que as tornam mais vulneráveis ao HIV.

Ressalta-se ainda a elevada prevalência de atraso no diagnóstico identificada neste estudo, pois 62,5% dos entrevistados apresentaram DT ou muito tardio, correspondendo respectivamente a 23,6% e a 38,9%. Além disso, 62,5% do total da amostra apresentaram altas taxas de carga viral no momento do diagnóstico.

Em relação aos entraves para o acesso ao diagnóstico do HIV, 58,3% das pessoas que participaram da pesquisa consideraram que o serviço de saúde é distante ou muito distante de sua residência, e 56,9% dos participantes fazem uso do transporte público para se deslocarem até o serviço, o que demanda tempo e dinheiro. Enfatiza-se a relevância de proximidade do

serviço em relação à residência do usuário como um facilitador do acesso ao diagnóstico do HIV.

Quanto ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico, 33,3% dos entrevistados descobriram o HIV no âmbito da Atenção Básica, que é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Este fato denota avanços na descentralização da atenção ao HIV/aids, o que favorece o acesso aos serviços de saúde, por estes serviços estarem mais próximos da população.

Em relação aos indivíduos diagnosticados tardiamente com a infecção pelo HIV, assinala-se que existe associação entre o motivo da busca pelo serviço para realização do teste e a ocorrência ou não do diagnóstico tardio. O estudo mostrou que 26,7% da amostra procurou o serviço por indicação médica, e 42,2% dos entrevistados só procuraram o serviço por se apresentarem doentes sem sintomas de aids. Ao analisar esses dados, percebe-se que existem obstáculos que interferem no acesso ao diagnóstico, que perpassam as concepções de saúde dos indivíduos e a ausência de comportamentos de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois as pessoas em sua maioria não realizam o teste de HIV de forma preventiva apenas para saber seu estado sorológico.

Acredita-se que o acesso deve ser ampliado e facilitado e, para tanto, é mister que sejam realizados investimentos por parte do poder público para a formulação e implementação de políticas que facilitem o acesso aos serviços, criando estratégias que levem os indivíduos a realizarem o teste do HIV, de forma voluntária, mostrando que a prevenção é a principal forma de combater a epidemia. Sabe-se que o Brasil é referência mundial no combate à aids, porém é necessário que se invista ainda mais em serviços especializados e em equipes preparadas para lidar com esse público, visando o diagnóstico oportuno do HIV/aids.

Ressalta-se que os resultados deste estudo podem contribuir na formulação de estratégias que levem em consideração as barreiras de acesso aos serviços de saúde, proporcionando a reformulação da rede de atenção ao HIV/aids, tornando-a mais humanizada e resolutiva, de forma que atenda as necessidades de seus usuários, além de proporcionar a reflexão de como os determinantes sociais influenciam no processo saúde doença.

A pesquisa realizada apresentou algumas limitações, quanto à dificuldade de realizar as entrevistas nos dias sorteados, em decorrência da rotina e dinâmica dos serviços onde o questionários foram aplicados, que impuseram dificuldades de acesso às pessoas a serem entrevistadas. Além disso, devido ao número de recusas acima do esperado, o processo de coleta dos dados demandou mais dias do que o planejado.

Sugere-se a realização de novas pesquisas que enfoquem os fatores associados ao DT da infecção pelo HIV, utilizando outras abordagens e investigando a perspectiva de outros atores envolvidos, como os profissionais de saúde e gestores. Aponta-se a importância da criação e implementação de políticas públicas, que facilitem o acesso do usuário ao serviço de saúde, favorecendo dessa maneira o diagnóstico oportuno, e o início do tratamento imediato com os antirretrovirais.

Referências



ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1999.

ALENCAR, R. A.; CIOSEK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1140.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

ANTINORI, A. et al. Report of a European Working Group on late presentation with HIV infection: recommendations and regional variation. **Antiviral Therapy**, v. 15, p. 31-5, Suppl 1, 2010. Disponível em: <http://www.intmedpress.com/journals/avt/article.cfm?id=1525&pid=88&sType=AVT>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

ANTINORI, A. et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. **HIV medicine**, v. 12, n. 1, p. 61-64, 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x/full>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

APODACA, M. J. F. R. et al. Determinants of late diagnosis of HIV infection in Spain. **Psychosocial Intervention**. v. 23, n. 3, p. 177-185, 2014. Acesso em: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v23n3/03.pdf>>. Disponível em: 15 jul. 2017. Garcia, S; Koyama, M. A. H; Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, São Paulo. 2008.

ASSEN, A. et al. Late presentation for diagnosis of HIV infection among HIV positive patients in South Tigray Zone, Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, 2016. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3263-y>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

ASSIS, M. A. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012.

BARROS, N. B.; GUIMARÃES, C. M.; BORGES, O. S. Políticas de saúde e prevenção ao hiv/aids no brasil 1982 – 2012. **Estudos**, v. 39, n. 4, p. 537-546, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO BRASIL: COLETÂNEA DE ESTUDOS DO PROJETO ATAR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil. Beneficiários de plano privados de saúde, por cobertura assistencial 2007-2017**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfildosetor/dadosgerais>>. Disponível em: 13 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manual**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção Pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ITS, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em:< http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids >. Acesso em: 14 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016 vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BAPTISTA, D. A utilização da internet como ferramenta indispensável na busca contemporânea de informação: alguns aspectos relevantes. **Informação e Informação**. L o n d r i n a, v. 1 2, n. 1, 2 0 0 7. Disponível em:< [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1754-5616-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1754-5616-1-PB%20(1).pdf) >. Acesso em: 18 jun. 2017.

BASTOS, F. I; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 65-76, 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BELAK, K. S.; VURUSIĆ, T.; DUVANCIĆ, K.; MACEK, M. Quality of life of HIV-infected persons in Croatia. **Coll Antropol.** . v. 30, p. 79-84, 2006.

BEYENE, M. B; BEYENE, H. B. Predictors of Late HIV Diagnosis among Adult People Living with HIV/AIDS Who Undertake an Initial CD₄ T Cell Evaluation, Northern Ethiopia: A Case-Control Study. **PLOS ONE**. 2015.

BODSTEIN. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p.401-412, 2002.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**. São Paulo, v.17, n. 1, p. 77-93. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 juh. 2017.

CABRAL, E. D; CALDAS, J. A. F; CABRAL, H. A. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 33, n. 6, p. 461-466, 2005.

CABRAL, J. V. B; SANTOS, S. S. F; OLIVEIRA, C. M. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HIV/Aids EM ADOLESCENTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Revista Uniara**. v. 1, n. 18, p. 149-163, 2015. Disponível em:< http://www.uniara.com.br/legado/revistauniara/pdf/34/artigo_10.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

CAMPANHOLLI, F. et al. Aplicabilidade e Importância do Celular para Uso Pessoal e Profissional em uma Cidade do Interior de Minas Gerais. **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. P. 1-15, 2012. Disponível em:< <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/34816478.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CHANDRA, P.S, et al. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads - a study from South India. **Qual Life Res**, v. 15, p. 1597-605, 2006.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, p. 131-134, 2011.

COUL, E. L. M. O. et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996–2014: results from a national observational cohort. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009688.full>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

FLEISHMAN, J. A; YEHA, B. R; MOORE, R. D; GEBO, K. A. O peso económico da entrada tardia cuidados médicos para pacientes com infecção pelo HIV. **Care Med**. v.48, n.12, p. 1071-9, 2010.

- FERREIRA, B; E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.15, n.1, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100007>>. Acesso em: 07 jul. 2017.
- GARCIAL. S. KOYAMAI, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública.** v. 42, n. 1, p. 72-83, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/10.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- GARCÍA, O. P.; REYES, J. M.; CAYLÀ, J. A.; Delay in Diagnosis of hiv infection. **Rev Esp Sanid Penit.** n. 14, p. 25-31, 2012.
- GASPAR, J.; REIS, R. K.; PEREIRA, F. M. V.; NEVES, L. A. S. CASTRIGHINI CC, GIR E. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the state of São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP.** v. 45, p. 230-6, 2011.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIRARDI, E. M. D. et al. Delayed Presentation and Late Testing for HIV: Demographic and Behavioral Risk Factors in a Multicenter Study in Italy. **J Acquir Immune Defic Syndr.** v. 36, p. 951–959, 2004.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 5 p.1553-1564, 2016.
- GONÇALVES, F. V. et al. Incentives and barriers to HIV testing in men who have sex with men in a metropolitan area in Brazil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-10. 2016.
- GUTIÉRREZ, M. R. B.; PÉREZ, N. R. Prevenção e Diagnóstico do Presente AIDS na Cidade de Havana, 1986-2007. **Revista Cubana de Medicina General Integral.** v. 25, n. 2, p. 01-12, 2009. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi03209.htm>. Acesso em: 29 dez. 2016.
- HALL, H. I. et al. Late Diagnosis and Entry to Care after Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection: A Country Comparison. Ed. Nades Palaniyar. **PLoS ONE,** 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0077763>>. Acesso em: 07 jan. 2017.
- HOFFMAN, J; VAN, G. J; COLEBUNDERS, R; MCKELLAR, M. **Papel da contagem de CD4 na gestão do HIV.** v. 4, n. 1, p. 27-39, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico** – Campina Grande. IBGE, 2010.

KUNDRO, M. A. et al. Late diagnosis of HIV infection in asymptomatic patients. **Medicina B. Aires.** v. 76, n. 5, 2016.

LEE, J. H. et al. Increasing late diagnosis in HIV infection in South Korea: 2000-2007. **BMC Public Health.** v. 10. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20624319>> . Acesso em: 10 jul. 2017.

LEITE, J. L. Sinais de fumaça: a "pauperização" da aids - indícios, indicadores e realidade. **Academus Revista Científica da Saúde.** v.2, n. 2, 2003. Disponível em:< <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/59>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

LIBERATO, C. S; MOREIRA, P. R; CECCON, R. C, T. S. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta, RS. **Rev. bras. anal. clínica.** v. 44, n. 2, p. 101-106,2012.

LIBRELOTTO, C. S. et al. Perfil epidemiológico dos portadores de HIV/AIDS do SAE de Cruz Alta, RS. **Revista Brasileira de Análise Clínicas.** Rio de Janeiro, v. 44, n 2, p. 101-106, 2012.

LORETO, S.; AZEVEDO, P. J. M. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa.** v. 2, n. 1, p. 06-17, 2012.

MACCARTHY, S. et al. Late presentation to HIV/AIDS care in Brazil among men who self-identify as heterosexual. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 50, 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006352>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

MEDEIROS, L. B. et al. integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 2, p. 543-552, 2016.

MYERS, T; ORR, K. W; LOCKER, D. E. A. Jackson gays e bissexuais Fatores que afetam as decisões e intenções dos homens a procurar o teste de HIV. **Am J Public Health.** v.83, n. 5, p. 701-704, 1993.

MOTTA, W. K. S.; NÓBREGA, D. R. M.; SANTOS, M. G. C.; CASTRO GOMES, D. Q. C.; GODOY, G. P.; PEREIRA, J. V. Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids. **Rev. odontol. UNESP.** v.43, n.1, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772014000100010>>Acesso em: 05 jul.2017.

NEVES, C. V. A. et al. PERCEPTION AND FEELING OF ADOLESCENTS WITH HIV / AIDS: AN INTEGRATIVE REVIEW. **Revista Online de Pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL.** v.3, n.4, 2011. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1563>>. Acesso em: 16 de jul. 2017.

OLALLA, P. G.; REYES, J. M.; CAYLÀ, J. A. Delay in Diagnosis of hiv infection. **Rev. Esp Sanid Penit.** v. 14, p. 25-31, 2012.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 2, p.259-268, 2009.

OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 45, n. 4, p.898-904, 2011.
Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a15.pdf>>. Acesso em 25 de juh. 2017.

ONU. **HIV/AIDS: Estigma e discriminação ainda afetam acesso de populações mais vulneráveis ao SUS. BRASIL: ONU, 2015.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/hivaidsestigma-e-discriminacao-ainda-afetam-acesso-de-populacoes-mais-vulneraveis-ao-sus/>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.** Ginebra: OMS, 2004.

PASSOS, S. M. K; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 31, v. 4, p:800-814, 2015.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** Ed. Guanabara Koogan S.A., 2007.

PEREIRA, L. B. et al. Fatores Sociodemográficos e Clínicos Associados à TARV e à Contagem T-CD4. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 16, n. 2, p.149-160. 2012.

RAMÍREZ, B. C. et al. Alta prevalência de diagnóstico tardio de HIV no México durante a era HAART. **Saúde pública Méx.** v.54, n.5, p. 506-514, 2012.

REIS, R. K.; SANTOS, C. B.; DANTAS, R. A. S.; GIR, E. QUALIDADE DE VIDA, ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SEXUALIDADE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS. **Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.20, n.3, p. 565-75, 2011.

RODRIGUEZ, J. et al. A teoria dos conjuntos aplicada à contagem de linfócitos e leucócitos: previsão de pacientes linfócitos T CD4 com vírus humano / imunodeficiência SIDA. **Immunology.** v. 32, n. 2, p. 50-6, 2013.

RODRIGUEZ, P. A.T. et al. Comorbidities in persons infected with HIV: increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. **AIDS Patient Care STDS .** v.27, p. 5-16, 2013. Disponível em :< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305257>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

SÁNCHEZ, A. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, E. C. M.; FRANÇA, J. I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v 41, n.2, p.64-71, 2007.

SCATENA, L. M, ET AL. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.3, p. 389-397, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/248.pdf>>. Acesso em: 22 de jul. 2017.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/vulnerabilidade.rtf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCOLLI, B. T.; Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SERRA, L. C; ROSS, R. J. Estudo clínico-epidemiológico da co-infecção de tuberculose/HIV em uma cidade do interior maranhense. **J Manag Prim Health Care**. v. 3, n. 2, p. 122-125, 2012. Disponível em: < <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/149-179-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SILVA, H. R. et al. Clinical and epidemiological characteristics of elderly patients with aids in a reference hospital, Teresina-PI, 1996 to 2009. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 20, n. 4, p. 499-507, 15 nov. 2015.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc**. v.19, n.2, p.109-120, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária** — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEM, Y. M; EXTERIOR, S, D. **Diagnóstico Saúde atraso de infecção pelo HIV: Situação em Espanha. 2011**. Disponível em:<<http://mssi.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DiagnosticoTardio2011.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

TIBÚRCIO, A. S. Avaliação Imunoviológica Inicial de Pacientes com HIV/ Aids em um Serviço de Assistência Especializada. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. v. 22, n. 1, p. 01-03, 2010.

TRAVASSOS, C.; Oliveira, E. X. G.; Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.975-986, 2006.

TRIEU, S. Comunicação e fatores L. parceiro associado com a decisão para obter um teste de HIV entre estudantes universitários comunidade Americana Chinesa / Chinês no norte da Califórnia. **Dissertação Abstracts International: Seção B: As Ciências e Engenharia.** v.69, n. 4, 2008.

UNGLERT, C.V. S; ROSENBERG, C. P; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública (1987). **Revista de Saúde Pública.** v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil.** Geneva: UNAIDS, 2012. Disponível em: <<http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. **UNAIDS Board adopts bold and ambitious strategy to end the AIDS epidemic by 2030.** Geneva: UNAIDS, 2015. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/october/20151030_PR_PCB37>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. **Estatísticas.** Brasil: UNAIDS, 2016a. Disponível em: <<http://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

_____. **Estigma e Discriminação.** Brasil: UNAIDS, 2017. Disponível em: <<http://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

_____. **UNAIDS.** Supressão viral é ferramenta importante na prevenção do HIV. **Brasil: UNAIDS, 2016. Disponível em:** < <http://unaid.org.br/2016/12/testando-supressao-viral/>>. **Acesso em: 12 jul. 2017.**

VERVOORT, S.C. et al. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. **AIDS.** v.21, n.3, p.271-81, 2007.

YAZDANPANA. Y. et al. Earlier testing for HIV- how do we prevent late presentation?. **International Medical Press.** v. 15, n. 1, p.17-24, 2010.

ZAMBENEDETTI. G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia.** v. 20, n.4, p. 229-240, 2015.

Apêndices



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário: _____ Município: 1 <input type="checkbox"/> João Pessoa 2 <input type="checkbox"/> Campina Grande 3 <input type="checkbox"/> Cabedelo 4 <input type="checkbox"/> Santa Rita SAE: 1 <input type="checkbox"/> Clementino Fraga 2 <input type="checkbox"/> HULW 3 <input type="checkbox"/> HUAC 4 <input type="checkbox"/> Municipal Cabedelo 5 <input type="checkbox"/> Municipal Santa Rita 6 <input type="checkbox"/> Municipal Campina Grande Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____ Data da digitação: ____/____/____ Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____ Tempo de entrevista: _____	
A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO PARTICIPANTE	
1. Iniciais: _____ 3. Idade (anos): _____ 3.1 1 <input type="checkbox"/> 18 a 24 anos 2 <input type="checkbox"/> 25 a 39 anos 3 <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos 4 <input type="checkbox"/> 50 a 59 anos 5 <input type="checkbox"/> 60 anos ou mais 3.2 Qual a sua idade (anos) quando descobriu que tinha HIV? _____	2. Gênero: 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino 3 <input type="checkbox"/> Transexual/ Travesti 4 <input type="checkbox"/> Outro _____ 2.1 Estava grávida no momento do diagnóstico? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica
5. Situação conjugal: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado/ União estável 3 <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viúvo 5 <input type="checkbox"/> Outro _____ 5.1 Situação conjugal no momento do diagnóstico: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado/União estável 3 <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado 4 <input type="checkbox"/> Viúvo 5 <input type="checkbox"/> Outro _____ 5.2 Tem filhos? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	4. Raça/Cor: 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Negra 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena 6 <input type="checkbox"/> Ignorado 6. Crença ou religião: 1 <input type="checkbox"/> Sem religião 2 <input type="checkbox"/> Católica 3 <input type="checkbox"/> Evangélica 4 <input type="checkbox"/> Espírita 5 <input type="checkbox"/> Umbanda/ Candomblé 6 <input type="checkbox"/> Outra _____ 6.1 Crença ou religião no momento do diagnóstico: 1 <input type="checkbox"/> Sem religião 2 <input type="checkbox"/> Católica 3 <input type="checkbox"/> Evangélica 4 <input type="checkbox"/> Espírita 5 <input type="checkbox"/> Umbanda/ Candomblé 6 <input type="checkbox"/> Outra _____
7. Escolaridade Quantidade de anos de estudo: _____	8. Ocupação: 1 <input type="checkbox"/> Desempregado 2 <input type="checkbox"/> Empregado 3 <input type="checkbox"/> Autônomo 4 <input type="checkbox"/> Do lar 5 <input type="checkbox"/> Estudante

B. DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS	
Provável modo de transmissão	
26. Transmissão vertical 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	27. Sexual 1 <input type="checkbox"/> Relações sexuais com homens 2 <input type="checkbox"/> Relações sexuais com mulheres 3 <input type="checkbox"/> Relações sexuais com homens e mulheres 4 <input type="checkbox"/> Não foi transmissão sexual 5 <input type="checkbox"/> Ignorado
28. Sanguínea 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	29. Se foi sanguínea, qual a via? 1 <input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis 2 <input type="checkbox"/> Hemotransfusão para hemofilia 3 <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea 4 <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico com posterior soroconversão até seis meses. 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica
30. Contagem de linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico (adquirir informação no prontuário): _____ 1 <input type="checkbox"/> Menor que 200 células/mm ³ 2 <input type="checkbox"/> 200 a 349 células/mm ³ 3 <input type="checkbox"/> 350 a 499 células/mm ³ 4 <input type="checkbox"/> 500 células/mm ³ ou mais 5 <input type="checkbox"/> Ignorado	
31. Carga viral no momento do diagnóstico (adquirir informação no prontuário): _____ 1 <input type="checkbox"/> Carga viral indetectável (até 50 cópias/ml) 2 <input type="checkbox"/> 51 a 400 cópias/ml 3 <input type="checkbox"/> 401 a 1.000 cópias/ml 4 <input type="checkbox"/> 1.001 a 10.000 cópias/ml 5 <input type="checkbox"/> 10.001 a 100.000 cópias/ml 6 <input type="checkbox"/> Acima de 100.000 cópias/ml 7 <input type="checkbox"/> Ignorado	
32. Tempo entre o primeiro resultado positivo de HIV e a apresentação ao serviço de saúde para os cuidados com a infecção: _____ <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe 33. Tempo entre o primeiro resultado positivo de HIV e o início da terapia antirretroviral: _____ <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe	34. Tempo com diagnóstico da infecção pelo HIV: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe 35. Data do diagnóstico: ____/____/____. (consultar prontuário)
36. Possui diagnóstico de aids? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	37. Tempo com diagnóstico de aids: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não se aplica
38. Presença de doença indicativa de aids no momento do diagnóstico? (Adquirir informação no prontuário) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado Câncer cervical invasivo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado Candidose de esôfago 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado Citomegalovirose (exceto fígado, baço e linfonodos) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado Criptococose extrapulmonar 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	

Criptosporidiose intestinal crônica (período > 1 mês)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Herpes simples mucocutâneo (período > 1 mês)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Histoplasmose disseminada	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Isosporidiose intestinal crônica (período > 1 mês)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Linfoma não-Hodgkin de células B e outros linfomas	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Linfoma primário do cérebro	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Pneumonia por <i>Pneumocystis carini</i>	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose ou hanseníase)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Sepse recorrente por <i>Salmonella</i> (não tifóide)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado
Toxoplasmose cerebral	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Ignorado

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS

39. Qual o motivo pelo qual buscou o serviço de saúde para realizar o teste de HIV?

- 1 Indicação médica ou de outro profissional de saúde
 2 Pré-natal
 3 Suspeita após relação sexual desprotegida
 4 Após relação sexual com parceiro HIV-positivo
 5 Após acidente com material biológico
 6 Por ter compartilhado agulhas no uso de drogas injetáveis
 7 Por apresentar-se doente com sintomas de aids
 8 Para saber seu estado sorológico por curiosidade ou precaução
 9 Outro _____

40. Quando ficou doente, buscou outras alternativas antes de procurar o serviço de saúde?

- 1 Sim 2 Não 3 Não se aplica

40.1 Quais alternativas?

- Uso de plantas medicinais 0 Não 1 Sim
 Homeopatia 0 Não 1 Sim
 Medicina tradicional chinesa/acupuntura 0 Não 1 Sim
 Instituição religiosa/benzedeiro (a) 0 Não 1 Sim
 Outro 0 Não 1 Sim _____

41. O (a) senhor (a) considera que demorou a buscar o serviço de saúde para fazer o teste de HIV?

- 1 Sim, por se sentir saudável
 2 Sim, por sentir medo da doença
 3 Sim, por sentir medo do estigma/preconceito
 4 Sim, por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV
 5 Sim, por outro motivo _____
 6 Não
 7 Ignorado

42. Qual foi o primeiro serviço de saúde procurado para realizar o teste de HIV?

- 1 UBS/ USF 2 Ambulatório de referência 3 Serviço de Assistência Especializada
 4 Hospital Público 5 Hospital Privado 6 Consultório particular
 7 Pronto-atendimento 8 Centro de Testagem e Aconselhamento(CTA) 9
 Outro _____

43. O primeiro serviço de saúde que o Sr. (a) procurou realizou o teste de HIV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
44. Recebeu aconselhamento na realização do teste de HIV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
45. Com quanto tempo recebeu o resultado do teste de HIV? 1 <input type="checkbox"/> No mesmo dia 2 <input type="checkbox"/> Menos de uma semana 3 <input type="checkbox"/> Mais de uma semana e menos de um mês 4 <input type="checkbox"/> Mais de um mês
46. Quantas vezes o Sr. (a) necessitou ir ao (s) serviço (s) de saúde para descobrir que tinha HIV/aids? _____
47. Serviço de saúde que realizou o diagnóstico: Nome: _____ 47.1 1 <input type="checkbox"/> UBS/ USF 2 <input type="checkbox"/> Ambulatório de referência 3 <input type="checkbox"/> SAE 4 <input type="checkbox"/> Hospital Público 5 <input type="checkbox"/> Hospital Privado 6 <input type="checkbox"/> Consultório particular 7 <input type="checkbox"/> Pronto-atendimento 8 <input type="checkbox"/> Outro _____
48. No serviço de saúde que descobriu o HIV/aids, o Sr. (a) conseguiu se consultar no prazo de 24 horas? 1 - <input type="checkbox"/> Nunca 2 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 5 - <input type="checkbox"/> Sempre
49. Com que frequência o Sr. (a) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids? 1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
50. Como é a distância do serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids até a casa do (a) Sr. (a)? 1 - <input type="checkbox"/> Muito distante 2 - <input type="checkbox"/> Distante 3 - <input type="checkbox"/> Regular 4 - <input type="checkbox"/> Próximo 5 - <input type="checkbox"/> Muito próximo
51. Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo (a) Sr. (a) para se deslocar até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids? 1 <input type="checkbox"/> Transporte público 2 <input type="checkbox"/> Automóvel/ motocicleta próprio 3 <input type="checkbox"/> Outro _____
52. O (a) Sr. (a) gastou dinheiro com transporte para se deslocar até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids? 1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
53. O (a) Sr. (a) precisou pagar algum valor para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids? 1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
54. O (a) Sr. (a) necessitou de auxílio-financeiro para realizar consultas e exames para descobrir que tinha HIV/aids? 1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
55. Para o (a) Sr. (a) como foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que realizou o diagnóstico? 1 - <input type="checkbox"/> Muito ruim 2 - <input type="checkbox"/> Ruim 3 - <input type="checkbox"/> Regular 4 - <input type="checkbox"/> Bom 5 - <input type="checkbox"/> Muito bom 6 - <input type="checkbox"/> Não respondeu
56. Após descobrir que tinha HIV, qual foi sua atitude? 1 <input type="checkbox"/> Resolveu aderir ao cuidado do serviço de saúde. 2 <input type="checkbox"/> Não buscou o serviço de saúde, por dificuldades de acesso ao serviço. 3 <input type="checkbox"/> Não buscou o serviço de saúde, por negar a infecção e se sentir saudável. 4 <input type="checkbox"/> Não buscou o serviço de saúde, por medo da discriminação/preconceito. 5 <input type="checkbox"/> Não buscou o serviço de saúde, por medo de outras pessoas (família, amigos) descobrirem. 6 <input type="checkbox"/> Não buscou o serviço de saúde, por outro motivo _____.
D. SEXUALIDADE DA PESSOA COM HIV/AIDS

57. Qual a sua idade quando namorou pela primeira vez? _____ anos	0 <input type="checkbox"/> Ignorado ou não se aplica
58. Com qual idade o (a) sr. (a) se relacionou sexualmente pela primeira vez? _____ anos	0 <input type="checkbox"/> Ignorado
59. Utilizou preservativo na primeira relação sexual?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
60. Com quantos (as) parceiros já se relacionou sexualmente na vida? _____	0 <input type="checkbox"/> Ignorado
60.1	1 <input type="checkbox"/> Apenas um 2 <input type="checkbox"/> De 2 a 9 3 <input type="checkbox"/> 10 ou mais 4 <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusou-se a responder
61. Já se relacionou com pessoas do mesmo sexo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
62. Como se sente em relação a sua vida sexual?	1 <input type="checkbox"/> Muito satisfeito (a) 2 <input type="checkbox"/> Satisfeito (a) 3 <input type="checkbox"/> Pouco satisfeito (a) 4 <input type="checkbox"/> Insatisfeito 5 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
63. Nos últimos 12 meses, teve relações com parceiro (s) fixo (s)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
64. Nos últimos 12 meses, teve relações com parceiros casuais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
65. Atualmente tem parceiro (a) fixo (a)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
65.1 Há quanto tempo está junto com seu parceiro? _____ (anos)	
66. Antes de descobrir que tinha HIV/aids, o (a) sr. (a) acreditava que poderia se contaminar com o vírus?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não, por confiar no (a) parceiro (a) 3 <input type="checkbox"/> Não, por ter parceiro (a) fixo (a) 4 <input type="checkbox"/> Não, por estar há muito tempo com parceiro (a) 5 <input type="checkbox"/> Não, por motivos religiosos 6 <input type="checkbox"/> Não, por outro motivo 7 <input type="checkbox"/> Recusou-se a responder
67. Com que frequência utiliza preservativo nas relações sexuais?	1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
68. Com que frequência após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) fixo (a), você procurou fazer o teste rápido de HIV?	1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
69. Com que frequência após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) casual, você procurou fazer o teste rápido de HIV?	1 - <input type="checkbox"/> Sempre 2 - <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 - <input type="checkbox"/> Às vezes 4 - <input type="checkbox"/> Quase nunca 5 - <input type="checkbox"/> Nunca
70. Quais os motivos que te influenciaram a não utilizar preservativo?	
70.1 Por confiar no (a) parceiro (a)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.2 Por ter parceiro (a) fixo (a)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.3 Por estar há muito tempo com parceiro (a)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.4 Por motivos religiosos	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.5 Por achar que diminui ou tira o prazer da relação	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.6 Porque o (a) parceiro (a) se recusa a usar	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.7 Porque não gosta de usar	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.8 Por vergonha de sugerir o uso do preservativo	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
70.9 Por não ter condições de comprar	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

70.10 Outro	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	_____
-------------	--------------------------------	--------------------------------	-------

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada “DIAGNÓSTICO TARDIO DE INFECÇÃO PELO HIV: TRAJETÓRIAS E PERSPECTIVAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS” está sendo desenvolvida por Luana Carla Santana Oliveira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas. O objetivo desta pesquisa é analisar o fenômeno do diagnóstico tardio de infecção pelo HIV, a partir do conhecimento da magnitude do problema e seus fatores associados, e da compreensão das trajetórias de vida e representações acerca da aids de pessoas infectadas pelo HIV. Queremos compreender os motivos que levam as pessoas a ter um diagnóstico tardio.

A realização dessa pesquisa será possível apenas com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de uma Tese de Doutorado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional. Todos os seus dados serão mantidos sob sigilo e, por ocasião de qualquer publicação dos resultados, os dados serão apresentados de forma anônima.

Não há riscos ou desconfortos potenciais significativos, sejam física, intelectual, social, cultural ou espiritualmente, ou qualquer prejuízo à sua saúde e bem-estar. Todavia, aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas a sua sexualidade, mas você está livre para responder ou não qualquer das questões ou desistir da participação a qualquer momento. Não haverá benefícios diretos, mas espera-se que a pesquisa sirva para que as políticas e ações de saúde voltadas para o diagnóstico estejam fundamentadas na visão das pessoas que vivem este processo, de forma a torná-lo o mais precoce possível.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário

em qualquer etapa da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

Caso o (a) Sr. (a) tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, pode nos contatar nos telefones descritos abaixo. Se houver dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa, além de nós, pesquisadoras, o Sr. (a) pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB.

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Pesquisadora responsável. Orientadora da Pesquisa. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190. CEP 30130-100 - Belo Horizonte/MG. E-mail: peninhabh@yahoo.com.br. Telefone: (31) 3409.9871

Luana Carla Santana Oliveira

Pesquisadora. Orientanda da Pesquisa. Telefone: (83) 99837-5964; (83) 3372-1900.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: telefax (31) 3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - UFCG

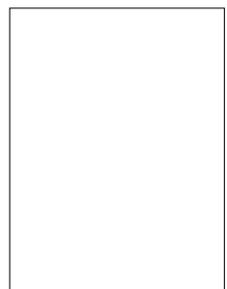
Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba. (83) 2101-5545 e (83)2101-5523. E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB

Cidade Universitária, S/N Campus I, Cidade Universitária. João Pessoa – PB. CEP: 58.059-900. 2º andar do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Telefone: (83) 3216-7955. E-mail: g.ensinoepesquisa@hulw.ufpb.com.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
 _____, Carteira de Identidade nº. _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa e da liberdade de retirar o consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo e que concordo em



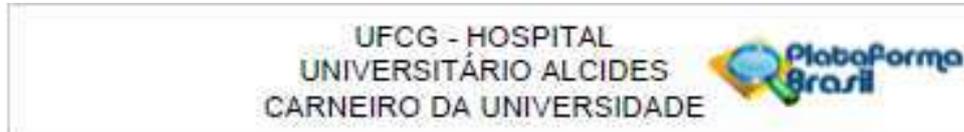
Espaço para impressão
 datiloscópica

participar dessa pesquisa, cedendo os direitos do material coletado para fins da presente pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pela pesquisadora que realizará a entrevista.

_____ - PB, ____/____/2017.



**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
UFCG - HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO TARDIO DE INFECÇÃO PELO HIV: TRAJETÓRIAS E PERSPECTIVAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62201916.6.3001.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.973.626

Apresentação do Projeto:

A complexidade e a magnitude da problemática do HIV/aids expressam-se, primeiramente, nos dados epidemiológicos ao redor do mundo. Em 2015, estimou-se que 36,7 milhões de pessoas vivam com o HIV em todo o mundo e 2,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus. No mesmo período, foram registrados 1,1 milhões de óbitos decorrentes da aids. Na América Latina, também em 2015, 2 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV e ocorreram 100 mil novos casos e 50 mil óbitos decorrentes da doença (WHO, 2016). No Brasil, foram estimadas, em 2014, 781 mil pessoas vivendo com HIV/aids, o que corresponde a uma prevalência de 0,39%. Desde o início da epidemia de aids no país nos anos de 1980 até junho de 2015, foram registrados 798.366 casos da doença. Nos últimos dez anos, a taxa de detecção da doença no Brasil tem apresentado estabilização, com uma média anual de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015a). A distribuição proporcional dos 12.449 óbitos ocorridos em 2014, com coeficiente de mortalidade correspondente a 5,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, foi de 44,9% no Sudeste, 20,3% no Sul, 19,5% no Nordeste, 9,3% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste. Ressalta-se que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativo da taxa de detecção de aids e, nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de mortalidade aumentou nos últimos dez anos; no Norte, a taxa aumentou 58,6%, passando de 4,6 óbitos para

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58 107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5525 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.973.026

cada 100 mil habitantes em 2005, para 7,3 em 2014 e, no Nordeste, aumentou 34,3%, passando de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015a). Na Paraíba, desde 1985, ano do primeiro caso de aids notificado, até 2014, foram registrados 6.717 casos da doença e 2.004 óbitos. Em 2014, foram notificados 462 casos de aids e 136 óbitos decorrentes da doença, apresentando uma taxa de detecção de 11,7/100.000 habitantes e um coeficiente de mortalidade de 3,4/100.000 habitantes. Os cinco municípios da Paraíba que apresentaram a maior quantidade de casos de aids acumulados, até Junho de 2010, foram: João Pessoa (2.091), Campina Grande (692), Santa Rita (189), Bayeux (170) e Cabedelo (137). Dentre estes municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em João Pessoa, capital do Estado (297,8/100.000 habitantes) (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2011). Em João Pessoa, no ano de 2014, a taxa de detecção foi de 24,7/100.000 habitantes, valor superior à taxa nacional, e o coeficiente de mortalidade foi de 4,4/100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, a Paraíba apresentou 431 novos casos de HIV/aids, sendo 127 (aproximadamente 30%) de residentes em João Pessoa (BRASIL, 2015a; PARAIBA, 2015). Na última década, os dados epidemiológicos referentes à infecção pelo HIV e à aids revelaram avanços no combate à doença, com redução da morbimortalidade e o estabelecimento de sua cronicidade, naqueles países onde o acesso à terapia antirretroviral (TARV) é uma realidade, embora este progresso configura-se como frágil e desigual. Não obstante a ampliação do acesso à TARV e os avanços tecnológicos no manejo dos casos, o HIV/aids permanece no topo dos agravos de saúde pública, afetando a qualidade de vida da população e impactando a economia e as estruturas sociais e familiares (WHO, 2011; FONSECA; BASTOS, 2007). Nos últimos 20 anos, no Brasil, a introdução do acesso universal e gratuito à TARV acarretou importante impacto na morbimortalidade por aids (PALELLA et al., 2006; FAZITO-REZENDE; VASCONCELOS; PEREIRA, 2010), com aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), diminuição das internações hospitalares, redução das infecções oportunistas e da transmissão do HIV (MARINS et al., 2003; MATIDA et al., 2006; POLEJACK; SEIDL, 2010; MONTANER, 2013). Em dezembro de 2013, o Brasil inovou no combate à epidemia, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a preconizar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+ (LT-CD4+), considerando a motivação do paciente (BRASIL, 2013a). Em contrapartida, a subnotificação dos casos, as desigualdades regionais no acesso a serviços de saúde especializados, as barreiras na implementação de ações preventivas eficazes, o diagnóstico tardio e subsequente adocedimento pela aids e agravamento dos casos, o retardo do início oportuno da TARV, os entraves na adesão ao tratamento e índices significativos de mortalidade representam muitos desafios no campo da Saúde Coletiva, para o:

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-6545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer 1.873.626

controle do HIV/aids (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011; POLEJACK; SEIDL, 2010; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). O atraso no diagnóstico do HIV/aids e a consequente assistência tardia ao portador do mesmo são algumas das principais preocupações no combate à epidemia (WHO, 2011). Pesquisa no Canadá concluiu que há associação significativa e sólida entre o aumento da cobertura da TARV, a carga viral reduzida na comunidade e a diminuição da quantidade de novos diagnósticos de infecção pelo HIV. Entretanto, um dos fatores mais relevantes para o sucesso da implementação da terapêutica como prevenção é o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (MONTANER, 2013). O diagnóstico do HIV/aids é monitorado a partir do acompanhamento da proporção de PVHA virgens de tratamento que chegam ao serviço de saúde com comprometimentos imunológicos, os quais são medidos pelo valor do LT-CD4+ (WHO, 2014). No Brasil, observa-se uma tendência de declínio na proporção de PVHA chegando ao serviço de saúde com valor de CD4 inferior a 200 células/mm³, que passou de 31%, em 2009, para 26%, em 2014. Na Paraíba, em 2014, a proporção de PVHA com diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, cujo marcador consistiu na contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³, correspondeu a 31%, valor acima da registrada no país (BRASIL, 2014). Pesquisa realizada no Brasil, que utilizou o critério de início tardio de seguimento clínico para os assintomáticos com contagem de LT-CD4+ inferior a 350/mm³, no período de 2003-2006, revelou que a prevalência de início tardio foi de 58,6%, resultando em aumento de mais de um terço das taxas de mortalidade por aids (GRANJEIRO et al., 2011). Outra conclusão relevante do estudo foi que se todos os pacientes tivessem iniciado oportunamente o tratamento, a diminuição na mortalidade por aids poderia ter sido de 62,5% (contra os 43,0% observados), entre os anos de 1995 e 2006, elevando a efetividade do Programa de Combate à aids em 45,2% (GRANJEIRO et al., 2011). O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e a rápida assistência às pessoas diagnosticadas constituem parte importante das estratégias nacionais na maioria dos países para minimizar a transmissão do vírus. As pessoas que apresentam quadro de doença avançada têm maior morbidade e mortalidade do que aqueles diagnosticados precocemente e podem, sem saber, perpetuar a cadeia de transmissão do HIV por um longo período de tempo, o que resulta também em maior investimento de tempo e recursos dos sistemas de saúde. O início precoce do atendimento também é fundamental para a inclusão de estratégias adicionais de prevenção do HIV por meio de cuidados de saúde, como a triagem e o aconselhamento para comportamentos de risco (ANTINORI et al., 2010; HALL et al., 2013). Diversos fatores macro e microdeterminantes estão relacionados à problemática da infecção pelo HIV, ressaltando-se a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, a iniquidade de gênero, as barreiras de acesso aos serviços de saúde; e no campo das subjetividades, destacam-se as

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, nº 1
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: ccep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.973.626

Influenciam sua trajetória até o diagnóstico da Infecção pelo HIV e o seu enfrentamento. O fenômeno do HIV/aids continua causando um intenso sofrimento humano, decorrente do estigma, preconceito e discriminação que a doença impõe, assim como das incertezas de um porvir desconhecido, o qual gera ansiedade, medo e sentimento de culpa (ALMEIDA; LABRONICI, 2007). Ressalta-se que estes sentimentos, representações, preconceitos e ideologias relacionados ao HIV/aids estão cristalizados no imaginário social e influenciam a trajetória daqueles que se deparam com um provável diagnóstico, constituindo-se em possíveis barreiras para o mesmo, além dos fatores associados à acessibilidade aos serviços de saúde. Pesquisas revelam, ainda, que o diagnóstico tardio do HIV/aids apresenta associação com fatores sociodemográficos e com a categoria de exposição à infecção. Há evidências científicas acerca da associação de fatores de risco com o DT da Infecção por HIV, como idade mais avançada, principalmente na faixa etária de 50 anos ou mais (OLIVA et al., 2014; MUGAVERO et al., 2007; LANOY et al., 2007); e sexo masculino. Estudos já apontam também alta prevalência de DT em mulheres não-grávidas (MOREIRA et al., 2011; MOCROFT et al., 2013; DOURADO et al., 2014; HALL et al., 2013); pessoas que recebem subsídios do governo (COBO et al., 2007) e desempregados (GIRARDI et al., 2004; DELPIERRE et al., 2006); homens heterossexuais casados e com filhos, que possuem maior risco de DT da Infecção por HIV, quando comparados a homens solteiros sem filhos (DELPIERRE et al., 2006). Além disso, pessoas com renda familiar mais alta têm menor risco de DT (DAI et al., 2015). No Brasil, apesar dos esforços para o controle da epidemia de HIV/aids estarem focados no diagnóstico precoce da infecção, no tratamento das PVHA e na implementação de intervenções de prevenção combinada (BRASIL, 2013a), e a despeito dos índices elevados referentes ao diagnóstico tardio, há escassez de estudos acerca desta problemática, que abordem a dimensão quantitativa do problema, como a prevalência do diagnóstico tardio conforme parâmetros atuais e fatores associados – sociodemográficos e referentes ao acesso aos serviços de saúde, e também sua transcendência e intersubjetividades, considerando aspectos sociológicos e culturais que potencializam o retardo do diagnóstico, especialmente para regiões como o Nordeste Brasileiro e o Estado da Paraíba. Assim, para o aprofundamento desta problemática, questiona-se: Qual a prevalência do diagnóstico tardio da Infecção pelo HIV e fatores associados no Estado da Paraíba? Quais representações e subjetividades estão presentes nas trajetórias de vida e que influenciam a busca por diagnóstico das PVHA? Essas questões concernem eixos diferentes de estudo, porque abrangem aspectos de análise da situação objetiva da organização social por um lado, e incluem aspectos intersubjetivos culturais e psicossociológicos da experiência das PVHA por outro lado, o que aponta a necessidade de interdisciplinaridade e métodos diferentes para que se possa apontar

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, nº 1
Bairro: São José CEP: 58.107-870
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5525 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Protocolo: 1.873.626

com maior segurança o que faz com que haja atrasos no diagnóstico do HIV e aids. Espera-se que o conhecimento destes aspectos possa contribuir para a definição de estratégias cada vez mais pertinentes de atenção às PVHA, objetivando o diagnóstico e o tratamento precoces e, por conseguinte, a redução da morbimortalidade e da transmissão do HIV (BRASIL, 2013a).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o fenômeno do diagnóstico tardio de infecção pelo HIV, a partir do conhecimento da magnitude do problema e seus fatores associados, e da compreensão das trajetórias de vida e representações acerca da aids de pessoas infectadas pelo HIV.

Objetivo Secundário:

- Estimar a prevalência do atraso no diagnóstico de infecção pelo HIV.
- Verificar fatores associados ao diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.
- Analisar as trajetórias de vida de pessoas infectadas pelo HIV e a construção de representações relativas à síndrome.
- Interpretar representações de sujeitos com HIV/aids relacionadas ao atraso no diagnóstico da infecção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos ou desconfortos potenciais significativos à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis que sejam prejudiciais à saúde e bem-estar dos participantes do estudo, todavia aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas à sexualidade.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos, todavia, espera-se que a pesquisa contribua para a formulação de políticas e ações de saúde voltadas para o diagnóstico precoce da infecção do HIV e tratamento oportuno, que proporcionam a diminuição da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho mostra um interesse maior na avaliação de pessoas infectadas pelo HIV, e deverá fornecer informações importantes sobre o diagnóstico tardio do HIV.

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cnp@huic.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.970.626

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes documentos:

- Anuência Setorial Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC.
- Parecer Consubstanciado (Minas Gerais).
- INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO.
- Autorização Instituição Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
- Projeto Versão Final.
- Declaração Divulgação Resultados.
- Anuência Hospital Clementino Fraga.
- Carta de Anuência Campina Grande.
- Carta Anuência Santa Rita.
- Termo de Anuência Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC.
- Termo de Anuência Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW.
- Termo de Anuência Cabedelo.
- Termo Compromisso Pesquisadores.
- Termo Compromisso Pesquisadora Responsável.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.
- Folha de Rosto.
- Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
- Parecer sobre o Projeto de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
- Ficha de Cadastro do Projeto de Pesquisa no Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há Inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 20 de março de 2017.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.673.025

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	622019166parecer.pdf	16/12/2016 10:09:05	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825580.pdf	18/11/2016 15:32:14		Aceito
Outros	Autorizacao_InstituicaoUPMG.pdf	18/11/2016 15:30:33	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_final.pdf	18/11/2016 15:28:06	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Declaracao_divulgacao_resultados0001.pdf	18/11/2016 15:22:06	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Anuencia_HospitalClementinoFraga.pdf	18/11/2016 15:21:23	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_CampinaGrande.pdf	18/11/2016 15:20:40	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SantaRita0001.pdf	18/11/2016 15:19:35	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_HUAC.pdf	18/11/2016 15:18:53	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_HULW.pdf	18/11/2016 15:17:08	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Cabedelo.pdf	18/11/2016 15:16:03	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisadores0001.pdf	18/11/2016 15:15:16	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisadoraresponsavei0001.pdf	18/11/2016 15:14:52	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2016 15:14:19	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	18/11/2016 15:13:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação de Processo: 1.973.826

CAMPINA GRANDE, 20 de Março de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO TARDIO DE INFECÇÃO PELO HIV: TRAJETÓRIAS E PERSPECTIVAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM O HIV/AIDS

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62201916.6.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.670.261

Apresentação do Projeto:

O objetivo desta pesquisa é analisar o fenômeno do diagnóstico tardio de infecção pelo HIV, a partir do conhecimento da magnitude do problema e seus fatores associados, e da compreensão das trajetórias de vida e representações acerca da aids de pessoas infectadas pelo HIV. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, com utilização dos métodos quantitativo e qualitativo. No eixo quantitativo, consiste em estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal, com o objetivo de investigar a magnitude do fenômeno, a saber, a prevalência do atraso no diagnóstico do HIV/aids segundo parâmetros atuais e fatores associados. No eixo qualitativo, a investigação encontra-se nas abordagens construtivistas da sociologia, com ênfase nos modos de viver dos sujeitos que vivenciam o fenômeno do atraso no diagnóstico de HIV, pelo enfoque da construção das representações em torno da infecção. Buscar-se-á, portanto, compreender estas representações e o percurso dos sujeitos para o diagnóstico do HIV/aids, identificando os aspectos que contribuem para o seu atraso, na ótica e experiência dos usuários dos serviços da Paraíba. Para tal fim, será

utilizado como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), a partir da abordagem crítica proposta por Glani e Veli (1997). Esta pesquisa será realizada no Estado da Paraíba, pertencente ao Nordeste brasileiro, nos seis Serviços de Assistência

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Adm 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (51)3409-4502 **E-mail:** cep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.670.201

Especializada (SAE) do Estado, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Cabedelo e Santa Rita, que acompanham regularmente as pessoas vivendo com HIV/aids provenientes de todos os municípios paraibanos. Para o eixo quantitativo, a amostra será do tipo aleatória estratificada, formada pelos usuários de saúde com HIV/aids atendidos nos SAE referidos e em tratamento antiretroviral. A amostra total será constituída por 369 indivíduos. Para a abordagem qualitativa, a amostra será obtida de forma Intencional, considerando os Identificados pelo método quantitativo que apresentaram diagnóstico tardio de HIV/aids. Seu tamanho será determinado através da técnica de saturação teórica. Na abordagem quantitativa, será utilizado um questionário, aplicado com entrevista e na abordagem qualitativa, será utilizada a entrevista aberta ou não estruturada, que contemplará uma questão central referente às representações em torno da aids na trajetória de vida do participante até o diagnóstico e início do tratamento. Os dados quantitativos serão armazenados e analisados no Software SPSS Statistics, versão 20.0. Os indicadores levantados serão submetidos a tratamento estatístico por meio de teste de associação qui-quadrado (2), regressão logística e cálculo de medidas descritivas, tais como, média, desvio padrão, mediana e quartis, com intervalos de confiança de 95% e o valor de $p < 0,05$ decidirá a rejeição da hipótese nula em todos os testes estatísticos utilizados neste trabalho. Na abordagem qualitativa, será utilizado o método da Análise Estrutural de Narração para análise dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o fenômeno do diagnóstico tardio de Infecção pelo HIV, a partir do conhecimento da magnitude do problema e seus fatores associados, e da compreensão das trajetórias de vida e representações acerca da aids de pessoas infectadas pelo HIV. **Objetivo Secundário:** •Estimar a prevalência do atraso no diagnóstico de Infecção pelo HIV. •Verificar fatores associados ao diagnóstico tardio de Infecção pelo HIV. •Analisar as trajetórias de vida de pessoas infectadas pelo HIV e a construção de representações relativas à síndrome. •Interpretar representações de sujeitos com HIV/aids relacionadas ao atraso no diagnóstico da Infecção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos ou desconfortos potenciais significativos à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis que sejam prejudiciais à saúde e bem-estar dos participantes do estudo, todavia aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas à sexualidade.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos, todavia, espera-se que a pesquisa contribua para a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2006
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (51)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.870.281

formulação de políticas e ações de saúde voltadas para o diagnóstico precoce da infecção do HIV e tratamento oportuno, que proporcionam a diminuição da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aidis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área da saúde. Projeto bem descrito e executável. Previsão de término outubro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela Diretoria da da Faculdade de Enfermagem-UFMG

Projeto Original.

Projeto Plataforma Brasil

Questionários no projeto.

Parecer consubstanciado da CD Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública -UFMG

TCLE em forma de carta convite.

Declaração de divulgação de resultados.

Cartas de anuências: Prefeitura Municipal de Cabedelo; Universidade Federal da Paraíba/Hospital F. Lauro Wanderley; Complexo Hospitalar De Doenças Infecto- Contagiosas Dr. Clemente Fraga; Prefeitura Municipal de Campo Grande; Prefeitura Municipal de Santa Rita e Universidade de Campo Grande/ Hospital F. Alddes Camello da Paraíba.

Termo de compromisso do pesquisador responsável

Termo de compromissos dos pesquisadores participantes da pesquisa.

Recomendações:

Recomendamos acrescentar no TCLE que o mesmo não terá qualquer tipo de despesa e não receberá remuneração para participar da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, sou favorável a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/ 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prqz.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.070.201

pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625580.pdf	18/11/2016 15:32:14		Aceito
Outros	Autorizacao_institucaoUFMG.pdf	18/11/2016 15:30:33	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_final.pdf	18/11/2016 15:28:06	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Declaracao_divulgacao_resultados0001.pdf	18/11/2016 15:22:06	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Anuencia_HospitalClementinoFraga.pdf	18/11/2016 15:21:23	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_CampinaGrande.pdf	18/11/2016 15:20:40	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SantaRita0001.pdf	18/11/2016 15:19:35	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_HUAC.pdf	18/11/2016 15:18:53	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_HULW.pdf	18/11/2016 15:17:06	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Cabedelo.pdf	18/11/2016 15:16:03	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisadores0001.pdf	18/11/2016 15:15:16	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisadoraresponsavel0001.pdf	18/11/2016 15:14:52	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	18/11/2016 15:14:19	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	18/11/2016 15:13:49	Maria Imaculada de Fatima Freitas	Aceito
Outros	622019166parecer.pdf	16/12/2016 10:09:05	Vivian Resende	Aceito
Outros	622019166aprovacao.pdf	16/12/2016 10:09:19	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2016
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (51)3409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer 1.070.2016

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2006
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@corpq.ufmg.br