



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANNA KAROLINA BEZERRA DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO TARDIO DA
INFECÇÃO PELO HIV**

CUITÉ

2017

ANNA KAROLINA BEZERRA DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO TARDIO DA
INFECÇÃO PELO HIV**

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

S586a

Silva, Anna Karolina Bezerra da.

Acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV. / Anna Karolina Bezerra da Silva. - Cuité: CES, 2017.

97 fl.

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

Orientadora: Luana Carla Santana Oliveira.

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida - HIV. 2. Diagnóstico tardio. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.97

ANNA KAROLINA BEZERRA DA SILVA

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO TARDIO DA
INFECÇÃO PELO HIV**

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 25 de Julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Luana Carla S. Oliveira

Profª. MSc. Luana Carla Santana Oliveira

(Presidente da Banca)

Edija Anália Rodrigues de Lima

Profª. MSc. Edija Anália Rodrigues de Lima

(Membro da Banca)

Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

Profª. MSc. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

(Membro da Banca)

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Maria Marinês da Silva, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, me encorajando, me enchendo do amor mais verdadeiro. A ela que nunca deixou de acreditar em mim e sempre me incentiva para que eu alcance os meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, pelo amparo, por nunca ter me abandonado e sempre ter me dado forças para conseguir seguir em frente quando o cansaço queria me fazer desistir.

A minha orientadora, Luana Carla, por acreditar no meu potencial, pela paciência que teve comigo durante a construção desse trabalho, pelo apoio, e por ter me ajudado a concluir essa etapa da minha vida acadêmica.

Aos meus pais, Jeremias e Marinês, por todo o amor dedicado a mim, por sempre acreditar no meu potencial e me ofertarem tudo que preciso para conseguir meus objetivos. A eles todo o meu amor e a minha eterna gratidão.

Aos meus irmãos, Lucas e Jeremias Filho, por todo o companheirismo, apoio, amor e por serem os melhores irmãos do mundo.

A Alan, que nos últimos 6 anos tem sido mais que um amigo em minha vida, tem sido um pai, sempre me apoiando, incentivando, e acreditando no meu potencial.

A minha tia, Cida, que é mais que uma tia, é uma mãe para mim, sempre pronta para me ajudar.

As minhas amigas Aline, Mariely, Maria e Ligia, por todo o companheirismo e apoio nessa jornada.

A Cristiano, Dona Alice, Dona Auta, Dona Aurea, Gilson e Neide, pelo apoio durante a coleta de dados, que gentilmente me acolheram em seus lares na cidade de João Pessoa.

A Kelle, amiga companheira de projeto, pela ajuda durante todo o processo de construção desse trabalho.

As professoras Edija e Magaly, por gentilmente aceitarem fazer parte da banca examinadora e pelas contribuições prestadas ao estudo.

Aos participantes da pesquisa, por aceitarem participar do estudo e contribuírem de forma grandiosa nessa etapa da minha vida acadêmica.

“Ora, a fé é a certeza daquilo que esperamos e a prova das coisas que não vemos.”

(Hebreus 11:1)

SILVA, A. K. B. da. **Acesso aos Serviços de Saúde e o Diagnóstico Tardio da Infecção pelo HIV**. 2017. 92 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Cuité. 2017.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Apesar dos esforços nas ações de prevenção do HIV/aids, com o intuito de obter um diagnóstico precoce da infecção, a procura dos usuários pelo tratamento ainda se apresenta de forma tardia. O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV representa um desafio contínuo e preocupante para o controle da epidemia do HIV/aids. Dentre os fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, ressalta-se aqueles referentes ao acesso aos serviços de saúde que compõem a rede de atenção às pessoas que vivem com o HIV/aids. **OBJETIVO:** Analisar os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde que influenciam o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, em uma capital do Nordeste brasileiro. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, no período de abril a maio. A amostra foi do tipo aleatória estratificada, constituída por 285 usuários. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário, aplicado mediante entrevista, contendo perguntas segundo escalas variadas de respostas, como dicotômicas e categóricas. Os dados foram armazenados e analisados no Software SPSS Statistics, versão 20.0. Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, a pesquisa foi apreciada e aprovada sob o Pareceres nº. 1.932.530 e 1.870.281. **RESULTADOS:** Dentre as variáveis sociodemográficas, do total de participantes do estudo, 57,5% eram do gênero masculino, 68,8% eram heterossexuais e 58,2% da cor parda; 47,0% dos participantes eram solteiros e 60% tinham filhos. Em relação à quantidade de anos de estudo, 42,7% responderam que possuem mais de 12 anos de estudo, contra 41,1% que têm de 1 a 8 anos de estudo. No quesito ocupação, 22,1% relataram estar desempregados, enquanto 21,8% estavam empregados. Em relação à forma de contágio com o vírus, 60,0% dos entrevistados relataram que ocorreu através da relação sexual com homens. O tempo de início da TARV foi de menos de um mês para 42,5% dos participantes. Em relação ao tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, 54,4% obtiveram diagnóstico a menos de um ano. Quanto à prevalência de diagnóstico tardio, 41,8% foram diagnosticados muito tardiamente. O principal motivo relatado para procurar o serviço para realizar o teste de HIV, foi por indicação médica (28,8%) e por apresentarem sintomas de aids (28,4%). Evidenciou-se associação entre as variáveis, “motivo procurado para realizar teste do HIV” e a “atitude após a descoberta do diagnóstico” com a ocorrência ou não de diagnóstico tardio ($p < 0,001$); 41,6% dos participantes que buscaram o serviço por se apresentarem doentes com algum sintoma de aids foram diagnosticados tardiamente. **CONCLUSÕES:** Destarte, sugere-se que sejam criadas estratégias para mudar a realidade encontrada, enfocando nas populações alvo, uma vez que os indivíduos não reconhecem que estão em risco de contaminação. Deve-se elaborar novas formas de incluir esses indivíduos nos programas de atenção voltados para o HIV, ampliar a oferta de TR na atenção primária e realizar educação em saúde para toda a população.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida. HIV. Diagnóstico tardio. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In spite of HIV / AIDS prevention measures, in order to obtain a previous diagnosis of the infection, a user evaluator for treatment still presents late presentations. The late diagnosis of HIV infection represents a continuing and worrying challenge for the control of the HIV / AIDS epidemic. Among the factors associated with the late diagnosis of HIV infection, reference is made to those referring to access to health services that make up the network of care for people living with HIV / AIDS. **OBJECTIVE:** To analyze the factors related to access to health services that influence the late diagnosis of HIV infection in a capital city of Northeast Brazil. **METHOD:** This is an epidemiological, observational, analytical and cross-sectional study with a quantitative approach. The research was carried out in the city of João Pessoa, capital of the State of Paraíba, from April to May. The sample was of stratified random type, consisting of 285 users. The data collection instrument used was a questionnaire, applied through an interview, containing questions according to different scales of responses, such as dichotomous and categorical. Data were stored and analyzed in SPSS Statistics Software, version 20.0. In compliance with Resolution CNS 466/2012, the survey was appraised and approved under Opinions no. 1,932,530 and 1,870,281. **RESULTS:** Among the sociodemographic variables, 57.5% of the participants were male, 68.8% were heterosexual and 58.2% were brown; 47.0% of the participants were unmarried and 60% had children. Regarding the number of years of study, 42.7% answered that they have more than 12 years of study, compared to 41.1% who have 1 to 8 years of study. In terms of occupation, 22.1% reported being unemployed, while 21.8% were employed. Regarding the type of infection with the virus, 60.0% of the respondents reported that it occurred through sexual intercourse with men. The time to start ART was less than one month for 42.5% of the participants. Regarding the time of diagnosis of HIV infection, 54.4% were diagnosed less than one year. As to the prevalence of late diagnosis, 41.8% were diagnosed very late. The main reason reported for seeking the service to perform the HIV test was by medical indication (28.8%) and by presenting symptoms of AIDS (28.4%). There was an association between the variables, "motive sought to perform HIV test" and "attitude after the discovery of the diagnosis" with the occurrence or not of late diagnosis ($p < 0.001$); 41.6% of the participants who sought the service for presenting patients with some AIDS symptom were diagnosed late. **CONCLUSIONS:** Thus, it is suggested that strategies be created to change the reality found, focusing on the target populations, since individuals do not recognize that they are at risk of contamination. New ways of including these individuals in HIV-focused care programs should be developed, the provision of RT in primary care should be expanded, and health education should be provided for the entire population.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome. HIV. Late diagnosis. Access to health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – MAPA DO ESTADO DA PARAÍBA.....	31
FIGURA 2 – MAPA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA E SEUS DISTRITOS SANITÁRIOS.....	32
Gráfico 1 – Diagnóstico da infecção pelo HIV, segundo valor de linfócitos TCD4+ (n=285). João Pessoa (PB), 2017.....	49
Gráfico 2 – Carga viral no momento do diagnóstico (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.	40
Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas e econômicas dos entrevistados (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.....	43
Tabela 3 – Categorias de exposição ao HIV/aids, segundo os participantes da pesquisa (n=285). João Pessoa (PB), 2017.....	46
Tabela 4 – Informações sobre o diagnóstico do HIV/aids segundo os participantes do estudo (n=285). João Pessoa (PB), 2017.....	47
Tabela 5 – Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico de HIV/aids (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.....	52
Tabela 6 – Características do acesso das pessoas com HIV ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.....	55
Tabela 7 – Associação dos fatores referentes ao acesso do serviço de saúde e a ocorrência do DT da infecção pelo HIV. (n=285). João Pessoa (PB), 2017.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AZT - zidovudina

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

CNAIDS - Comissão Nacional de DST e Aids

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

CV - Carga Viral

DT - Diagnóstico tardio

ESF - Estratégia Saúde da Família

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à Aids

HIV - Vírus da imunodeficiência adquirida

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley

HSH - Homens que fazem sexo com homens

IE - Imunoensaios

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

LT-CD4+ - Linfócitos T CD4+

MS - Ministério da Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

ODM 6 - Objetivo do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST e aids

PVHA - Pessoas que vivem com HIV/aids

SAE - Serviços de Assistência Especializada em DST, HIV/aids

SUS - Sistema Único de Saúde

TR - Testes rápidos

TARV - Terapia antirretroviral

UTM - Unidade de Testagem Móvel

USF - Unidades de Saúde da Família

VPP - Valor preditivo positivo

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2 JUSTIFICATIVA	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO BRASIL	21
3.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL	24
3.2.1 Acesso Aos Serviços de Saúde e a Rede de Atenção às Pessoas com HIV/aids	25
3.3 MÉTODOS E CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	34
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	34
4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	38
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS	40
5.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	75
ANEXOS	86

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou-se que, em 2015, 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV/aids (Vírus da Imunodeficiência Adquirida/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em todo o mundo, ocorrendo 2,1 milhões de casos novos e 1,1 milhões de óbitos (WHO, 2016). Dessa forma, o HIV/aids destaca-se como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, configurando-se uma pandemia pela sua magnitude, expansão e impacto sobre a sociedade (GUERRA et al., 2013).

Os indivíduos infectados pelo vírus do HIV que não se tratam, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+ (LT-CD4+), uma das principais células-alvo do vírus, ocasionando vulnerabilidade a infecções oportunistas (BRASIL, 2014). O aparecimento dessas infecções oportunistas é definido como aids, que se apresenta como doença de grande dimensão social, em virtude de sua forma de transmissão e do grande número de pessoas acometidas (MARTINS; CRUZEIRO; PIRES, 2015).

No Brasil, desde o início da epidemia de aids em 1980, até junho de 2016, foram registrados 842.710 casos. Neste período, a distribuição proporcional dos casos por região mostra uma concentração no Sudeste e no Sul, correspondendo a 50,3% e a 20,1%, respectivamente. Nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou-se estável, com uma média de 20,7 casos para cada 100 mil habitantes. Ressalta-se que as regiões Norte e Nordeste têm apresentado crescimento contínuo da taxa de detecção de aids. No Nordeste, a taxa passou de 11,2 casos para cada 100 mil habitantes, em 2006, para 15,3 em 2015, registrando um aumento de 37,2%. No Norte, a taxa de detecção passou de 14,9 casos para cada 100 mil habitantes, em 2006, para 24,0, em 2015, apresentando uma elevação de 61,4% (BRASIL, 2016a).

Além do exposto, foram registrados no país 65,1% casos de aids em homens e 34,9% em mulheres, do início da epidemia até junho de 2016. No entanto, na faixa etária entre 25 e 39 anos, que apresenta maior concentração dos casos, os homens representam 53% e as mulheres 49,4% do total de casos registrados entre 1980 e junho de 2016. Ressalta-se que, no ano de 2015, a principal via de contaminação tanto para os homens quanto para as mulheres, foi através do contato sexual. Entretanto, nos últimos 10 anos, houve um aumento de número

de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH), ocorrendo uma elevação de 10,1% de casos, do ano de 2006 a 2015 (BRASIL, 2016a).

Os óbitos por aids, no ano de 2015, corresponderam a 12.298 casos no Brasil, dentre os quais, 42,8% ocorreram no Sudeste, 20,1% no Sul, 21,1% no Nordeste, 9,5% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste. Nos últimos anos, observa-se uma queda do coeficiente de mortalidade decorrente da aids no país, passando de 5,9 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2006, para 5,6 em 2015, o que representa uma queda de 5,0%. Em contrapartida, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, observa-se uma tendência de crescimento na última década. No Nordeste, esse coeficiente aumentou 34,3%, passando de 3,4 para 4,6 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016a).

Na Paraíba, foram registrados desde 1980 até junho de 2016, 7.572 casos de aids, sendo 257 casos no ano de 2015. Em 2006, a taxa de detecção foi de 9,2 casos para cada 100 mil habitantes e, no ano de 2015, essa taxa passou para 14,0 casos para cada 100 mil habitantes, observando-se um aumento de 52% dos casos de aids no Estado. Em relação à capital João Pessoa, no ano de 2015, essa taxa foi de 28,9 casos para cada 100 mil habitantes, superior à média nacional. Do ano de 1980 até 2015, o Estado notificou 2.164 óbitos por aids, sendo 160 desses óbitos no ano de 2015 (BRASIL, 2016a).

Os avanços no combate à epidemia no país foram acarretados em grande parte pela implementação de medidas de prevenção do HIV/aids eficazes. O uso do preservativo foi uma das primeiras formas de prevenção, apresentando-se positivamente e com custo relativamente baixo, sendo adotada mundialmente como medida de saúde pública. Com a introdução da terapia antirretroviral (TARV) no Brasil de forma gratuita e universal, no ano de 1996, possibilitou-se às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) melhoria da expectativa e qualidade de vida, ea aids passou a ser considerada uma doença crônica (SAID; SEIDL, 2015).

Apesar dos esforços nas ações de prevenção com o intuito de obter um diagnóstico precoce da infecção, a procura dos pacientes para o tratamento ainda se apresenta de forma tardia. O diagnóstico tardio (DT) da infecção pelo HIV representa um desafio contínuo e de forma grandiosa para o controle da epidemia do HIV/aids. Os usuários que procuram o diagnóstico tardiamente, quando comparados com os que buscam o diagnóstico precocemente, têm altas taxas de morbidade e mortalidade, demandando assim maiores investimentos financeiros dos sistemas de saúde (VALENTINI et al., 2015; ANTINORI et al., 2010).

Estudos revelam algumas definições para o DT da infecção pelo HIV. É considerado diagnóstico muito tardio para as pessoas com CD4 inferior a 200 células/mm³ ou doença característica de aids no exame inicial ou com a presença de uma doença oportunista dentro de três meses de diagnóstico. O diagnóstico tardio é caracterizado pela contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³. Desde 2012, no Brasil, pessoas assintomáticas com CD4 inferior a 500 células/mm³ (contagem que evidencia alteração do marcador laboratorial) são recomendadas a iniciar a TARV, portanto é um dos critérios utilizados no presente estudo para inclusão na classificação de diagnóstico tardio (ANTINORI et al., 2010; GRANGEIRO et al., 2011; BRASIL, 2013; HALL et al., 2013).

O Brasil apresenta uma tendência de declínio no percentual 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. No Estado da 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, 2014a).

O diagnóstico tardio e o subsequente atraso no início da TARV impactam tanto a saúde e qualidade de vida das PVHA, quanto à sociedade, devido ao aumento da transmissibilidade do vírus, assim como eleva os gastos públicos em curto e longo prazo. Aqueles que iniciam o tratamento tardiamente apresentam maior potencial de transmissão do vírus, por não saberem de sua condição sorológica, pois não adotam as devidas precauções para diminuir o risco e sua carga viral através da TARV (VALENTINI et al., 2015).

Nesta perspectiva, salienta-se a relevância da disponibilidade de serviços de saúde que garantam o acesso com qualidade ao diagnóstico oportuno do HIV/aids. Todavia, observa-se que no Brasil, este acesso ocorre de maneira desigual, revelando vulnerabilidades. Segundo Ayres et al. (2012), as dificuldades de acesso aos serviços de saúde estão incluídas em uma das dimensões do conceito de vulnerabilidade, denominada de programática, que consiste nas tecnologias utilizadas no enfrentamento da problemática, como as políticas de prevenção, o programa nacional de combate à aids, o mecanismo de controle social e o desenvolvimento de ações intersetoriais.

As desigualdades de acesso aos serviços de saúde no nosso país, configura-se como um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para que seus princípios e diretrizes sejam colocados em prática. No caso dos grupos de risco, como os indivíduos que necessitam de um diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, esse acesso

precisa ser diferenciado, principalmente pelo risco de transmissibilidade e pela própria evolução da infecção (ASSIS; JESUS, 2012).

Para Oliveira (2009), é necessário atentar para as diferenças de capacidade dos programas e serviços locais em implementarem ações adequadas às peculiaridades dos usuários, promovendo acesso e possibilitando a continuidade do uso dos seus serviços e ações, diante da cronicidade da aids.

O acesso aos serviços de saúde é fundamental para o alcance da qualidade nos serviços e possui conceito complexo, sendo implementado de forma ambígua e intercalado com o termo acessibilidade. O acesso consiste na disponibilidade de recursos, considerando as dimensões geográfica e sócio-organizacional. A dimensão geográfica diz respeito à distância, tempo de locomoção e custo da viagem, entre outros. A dimensão sócio-organizacional está relacionada aos aspectos de funcionamento dos serviços, os quais interferem na relação destes com os usuários, facilitando ou não os esforços do usuário para obter a atenção, como o acolhimento das necessidades e demandas do cliente e o vínculo do usuário com os profissionais (GUIMARÃES et al., 2016).

Conforme pesquisa realizada por Araújo et al. (2010), dentre os fatores que facilitam o acesso ao teste diagnóstico do HIV, destacam-se: disponibilidade gratuita do exame; indicação de profissionais ou serviços de saúde; proximidade de acesso ao local de realização do teste; e características dos serviços, como a credibilidade e agilidade no atendimento.

Quanto às dificuldades para se obter o diagnóstico da infecção pelo HIV, ressalta-se que muitos usuários têm receio de procurar os serviços públicos de saúde próximos a suas residências, por temerem que as informações não sejam confidenciais e assim seus vizinhos fiquem sabendo da sua situação sorológica. Neste sentido, a proximidade territorial pode tanto auxiliar quanto dificultar o acesso ao diagnóstico (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015). Destarte, é mister conhecer os entraves no acesso aos serviços de saúde que podem estar associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

1.2 JUSTIFICATIVA

A problemática do HIV/aids acarreta várias mudanças nas múltiplas dimensões de vida do indivíduo acometido, além de interferir na sua qualidade de vida e modificar o convívio com a sociedade e suas relações interpessoais. Neste contexto, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce da infecção e subsequente início oportuno do tratamento,

o que aumenta a expectativa de vida do indivíduo e melhora sua qualidade de vida, além de diminuir a propagação da infecção. Em contrapartida, o diagnóstico tardio impacta negativamente a vida das PVHA, pois permite o surgimento de doenças oportunistas, debilitando ainda mais a saúde dos indivíduos e diminuindo sua expectativa de vida.

Diante do referido, salienta-se a relevância do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV como objeto de investigação. O interesse pela temática surgiu durante um estágio na ala de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado na cidade de Campina Grande-PB, como parte da disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto II, componente da graduação em Enfermagem. As vivências da assistência de enfermagem a pacientes acometidos pelo vírus levantaram algumas indagações, que me conduziram a estudar mais sobre a problemática e seus desafios. Neste percurso, ocorreu a aproximação com o problema do diagnóstico tardio, sobre o qual não há pesquisas suficientes no Brasil e na Paraíba, tornando imperioso o estudo do fenômeno e dos possíveis fatores associados.

Sabe-se que em nosso país o acesso aos serviços de saúde não é igualitário para todos os usuários, ocorrendo algumas barreiras que dificultam a sua oferta. No cenário do HIV/aids essa realidade não é diferente, sendo o acesso aos serviços de saúde um dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

Diante do referido, pergunta-se: Quais fatores referentes ao acesso aos serviços de saúde se associam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV?

Salienta-se que o presente estudo irá contribuir no atual cenário do HIV/aids, pois a partir do conhecimento e da análise destes fatores, poderão ser desenvolvidas estratégias que melhorem o acesso aos serviços de saúde, visando o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde que influenciam o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, em uma capital do Nordeste brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em João Pessoa-Paraíba.
- Analisar a associação de fatores referentes ao acesso aos serviços de saúde com o atraso do diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Investigar as possíveis barreiras de acesso que contribuem para o retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS NO BRASIL

Os primeiros casos de aids ocorreram no ano de 1981, nos Estados Unidos. Em Los Angeles, as manifestações do vírus aconteceram em homens jovens e gays, que apresentaram *Pneumocystiscarinii pneumonia*, infecção pulmonar rara. Já em Nova York e na Califórnia, houve relatos de jovens acometidos por um câncer agressivo, chamado *Sarcoma de Kaposi*. Porém, foi em setembro de 1982, que o termo aids foi usado pela primeira vez para denominar a síndrome. O vírus causador da síndrome foi chamado de HIV em maio de 1986. Em 1987, a OMS lançou o Programa Global de Aids, com o intuito de aumentar a sensibilização, criar políticas baseadas em evidências, proporcionar apoio técnico e financeiro aos países, realizar pesquisas, aumentar a participação das Organizações Não-Governamentais (ONG) e garantir os direitos das PVHA (AVERT, 2017).

No Brasil, o primeiro caso de HIV/aids foi registrado em São Paulo no ano de 1982. Ao mesmo tempo, o país passava por uma reformulação política, com regime militar cada vez mais forte politicamente frente à crise econômica e, por outro lado, a sociedade civil se organizava e começava a ganhar espaço. Estes grupos eram compostos pelos setores oprimidos do país, como por exemplo, as mulheres e os homossexuais, como também os profissionais da área da saúde dispostos a reformular a assistência pública à saúde, na luta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2006).

A rápida propagação do HIV foi bastante evidente e, diante do surgimento de novos casos, passaram a ser desenvolvidas as primeiras medidas de políticas públicas em resposta à epidemia da aids, diante da mobilização social e dos governos estaduais em busca de um posicionamento do governo federal. As primeiras mobilizações sociais aconteceram no Estado de São Paulo, bem como as primeiras iniciativas e articulações oficiais em relação à aids (VILLARINHO et al., 2013).

Com o crescimento dos movimentos sociais, em um cenário em que a biomedicina e a tecnologia médica não disponibilizavam de recursos para amenizar a dor e o sofrimento das PVHA, buscou-se a criação de políticas públicas para o enfrentamento da doença, conseguindo uma poderosa resposta social e política frente aos obstáculos trazidos com a epidemia, respostas estas que têm forças até hoje, norteando as diversas políticas públicas relacionadas ao HIV/aids (BRASIL, 2015a).

No ano de 1984, foi estruturado o primeiro programa estadual de controle de aids no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Em 1985, foi fundado o

Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a doença. No mesmo ano, foi instituído o Programa Nacional de DST e aids (PN-DST/AIDS), criado a partir da publicação da Portaria nº. 236, com o objetivo de combater a nova epidemia no país. No ano seguinte, Herbert de Souza, juntamente com um grupo interdisciplinar de colaboradores, realizaram vários encontros no Rio de Janeiro, sendo fundada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), a segunda organização da sociedade civil criada no nosso país com o intuito de enfrentar a epidemia (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2017a).

Os cidadãos tiveram sua participação formalizada no ano de 1986, com a criação da Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS). Dessa forma, as ONGs passaram a ser representadas através de portarias ministeriais e, em 1994, tiveram sua participação assegurada na composição da CNAIDS, através da Portaria 1.028/GM. Assim, a sociedade civil passou a colaborar com as discussões e atividades relativas à CNAIDS (BRASIL, 2007).

Em relação aos avanços no tratamento do HIV/aids, no ano de 1987, a zidovudina (AZT) foi o primeiro medicamento utilizado para impedir a progressão do vírus, e passou a ser produzido no país em 1991. No ano de 1996, uma grande conquista contra a doença foi alcançada, pois a partir da Lei nº. 9.313/96, aprovada pelo Governo Federal, foi garantido pelo SUS o acesso gratuito e universal à TARV para as PVHA. Atualmente, o programa brasileiro é reconhecido mundialmente, não apenas por ofertar a TARV, mas também por seu caráter interministerial que têm diálogo direto com os movimentos sociais e com a comunidade científica. O acesso universal à TARV resultou em uma redução significativa nas taxas de morbidade e mortalidade no nosso país (BRASIL, 2017a; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Em 2005, ocorreram avanços no âmbito da prevenção, com a ampliação das formas de diagnóstico, sendo desenvolvidos e implementados os testes rápidos (TR) de HIV. No ano de 2008, os testes passaram a ter 100% de cobertura nacional e, desde então, foram distribuídos cerca de 22 milhões de testes rápidos. No país, 40% da população sexual ativa possui cobertura do teste de HIV, percentuais estes semelhantes ao dos Estados Unidos. Outro marco importante ocorreu em 2014, quando o Brasil introduziu o teste oral, de produção nacional, possibilitando realizar o teste de HIV em 15 minutos (BRASIL, 2015a).

Com todos os avanços frente à epidemia da aids, é possível observar três rumos da epidemia no país. O primeiro trata-se do aumento do número de casos nas populações de baixa renda e baixo nível de escolaridade, atingindo as classes sociais mais pobres, fenômeno chamado de “pauperização”. Em seguida, pode-se observar a interiorização da infecção no

Brasil, com elevação da quantidade de casos nos municípios de pequeno e médio porte, apesar do maior número de casos se fixar nos grandes centros urbanos. Por fim, observa-se a “feminização” da epidemia, com o crescente número de casos de HIV/aids em mulheres, o que está relacionado às mulheres serem biologicamente, epidemiologicamente e socialmente mais vulneráveis (PINTO et al., 2007).

Em relação às estratégias de controle da epidemia no mundo, o UNAIDS planejou o Objetivo do Milênio (ODM 6), com intuito de deter e reverter a propagação do HIV. Dentre as metas a serem alcançadas até o ano de 2015, encontravam-se: garantir acesso gratuito à TARV para 15 milhões de PVHA; reduzir para 2 milhões o número de novas infecções pelo vírus do HIV; assegurar 21,7 bilhões de dólares investidos em resposta à epidemia; garantir o resultado dos testes anti-HIV em 30 minutos. Vale ressaltar que estas metas foram alcançadas (UNAIDS, 2015a).

Além do referido, durante a 69ª Assembleia Geral das Nações Unidas, foram traçadas metas ainda mais ambiciosas a serem alcançadas até 2030. Para os líderes mundiais, o fim da epidemia da aids é possível e deverá ser parte dos objetivos pós-2015. Desse modo, os países que têm altos índices de infecção pelo HIV devem reforçar a prevenção e ampliar o tratamento em cinco anos. Assim, será possível reduzir consideravelmente o número de casos novos de HIV, e também as mortes decorrentes da aids (UNAIDS, 2014). Outra meta traçada para pôr fim a aids, até 2020, foi a 90-90-90, que tem como objetivo alcançar o percentual de 90% das pessoas vivendo com HIV cientes do seu diagnóstico; 90% de todas as PVHA em uso de TARV; 90% de todas as pessoas em TARV com carga viral indetectável (UNAIDS, 2015b).

No Brasil, uma das formas de avaliar os avanços da meta 90-90-90 é através da cascata de cuidado contínuo. A cascata faz um monitoramento das políticas públicas existentes, observando as condições sociodemográficas e as desigualdades sociais presentes nestes índices, a fim de direcionar ações eficazes (BRASIL, 2016b).

Ressalta-se que até o fim de 2014, cerca de 781 mil pessoas viviam com HIV/aids no nosso país, equivalendo a uma taxa de prevalência de 0,39%. Entretanto, 83% das PVHA haviam recebido o diagnóstico, na qual aproximadamente 80% destas foram incorporadas ao serviço de saúde em alguma época após o diagnóstico, porém apenas 66% continuavam ligadas a esses serviços. É importante frisar que 52% das PVHA faziam uso da TARV, das quais 46% manifestavam supressão viral pelo menos seis meses após o início da TARV. Levando-se em conta apenas PVHA em TARV, a proporção de supressão viral é de aproximadamente 88% (BRASIL, 2015b).

3.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL

No cenário do HIV/aids, existem os serviços ambulatoriais que realizam ações de prevenção, assistência e tratamento de PVHA. Estes serviços podem ser ambulatorios gerais ou de especialidades, ambulatorios de hospitais, unidades básicas de saúde, policlínicas e Serviços de Assistência Especializada em DST, HIV/aids (SAE), que têm o objetivo de realizar atendimento de qualidade e integral às PVHA, contando com uma equipe multiprofissional. A administração destes serviços pode ser realizada pelos municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS (BRASIL, 2017b).

Os SAE são serviços ambulatoriais, que tem como objetivo promover assistência, prevenção e tratamento às PVHA, por meio de equipes multiprofissionais, constituídas por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores. Nestes serviços são desenvolvidas atividades de cuidado em enfermagem, orientação e apoio psicológico, serviços em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia. Além disso, realizam-se o controle e a distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de preservativos, ações educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids (ABRÃO et al., 2014).

Outros serviços que compõem a rede de atenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de IST, ofertando gratuitamente testes para HIV, sífilis e hepatites B e C. Vale ressaltar que o atendimento nesses centros é de total sigilo e o indivíduo que faz o teste é acompanhado por uma equipe de saúde multiprofissional, da qual receberá orientações sobre o resultado do exame, sendo este positivo ou negativo. Para os indivíduos que têm resultado positivo, é da responsabilidade dos CTA encaminhá-los aos serviços de referência. Os CTA também distribuem camisinhas masculinas e femininas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e HSH, além de kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2017c).

Além do exposto, é mister incluir a Atenção Básica no cuidado conjunto com os serviços especializados das pessoas com HIV/aids, pois garante a melhoria do atendimento às mesmas, ampliando o acesso e o vínculo com o sistema de saúde e, dessa forma, contribui para a melhoria da qualidade de vida destes cidadãos (BRASIL, 2015c).

A Atenção Básica consegue estreitar vínculos com as PVHA e, assim, estimulá-las a buscar um estilo de vida saudável, assim como acompanhar seu processo saúde-doença, avaliando fatores de risco para outros agravos à saúde, como o diabetes mellitus e outras doenças crônicas. Ressalta-se que as PVHA devem ser acolhidas sem discriminação, levando-as a participar ativamente das ações de autocuidado, o que resultará na prevenção da transmissão do vírus e do agravamento da doença, reduzindo a mortalidade decorrente da aids (BRASIL, 2015c).

3.2.1 Acesso aos Serviços de Saúde e a Rede de Atenção às Pessoas com HIV/aids

A garantia do acesso é uma ferramenta primordial para um serviço de saúde de qualidade, no entanto, é um conceito complexo que varia entre os autores. Alguns usam o termo acesso e outros o termo acessibilidade (MENDES et al., 2012). Para Starfield (2002), acessibilidade é a maneira como as pessoas chegam aos serviços, ou seja, está relacionada à estrutura do sistema e se faz necessário para o primeiro contato com a rede de atenção. Já o acesso é a forma que o usuário utiliza o serviço de saúde. Vale ressaltar que acessibilidade é uma característica presente em todos os níveis de atenção. Entretanto, a acessibilidade na atenção primária deve ser diferente pois esta é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde.

O conceito de acesso engloba as características dos usuários, da oferta, de ambos ou a relação dos indivíduos com os serviços de saúde. Por outro lado, acessibilidade consiste na forma como ocorreu o acesso ao sistema e o grau de facilidade com que as pessoas recebem os cuidados de saúde (SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013). Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), o acesso é entendido como a chance de utilizar os serviços em momentos que permitam o uso correto dos mesmos.

Na utilização dos serviços de saúde, o acesso é definido por fatores predisponentes, fatores capacitantes e fatores de necessidades de saúde. Os fatores predisponentes são pré-existentes ao problema de saúde, como idade, gênero, raça, entre outros, e interferem no uso dos serviços de saúde. Os fatores capacitantes são definidos pela renda, cobertura de saúde pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, a forma pela qual os usuários entram no serviço. Os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser diagnosticadas por profissionais ou pelo próprio usuário. Dessa forma, o uso de serviços de saúde é uma manifestação positiva do acesso, no entanto, a utilização dos serviços depende também dos fatores pessoais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sabe-se que as desigualdades no acesso à saúde estão intimamente ligadas ao contexto da política nacional e internacional, às políticas sociais e econômicas, como também a globalização e o crescimento econômico (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Essas desigualdades no acesso aos serviços, pode estar ligada tanto às condições de atendimento quanto às barreiras organizacionais e geográficas (MENDES et al., 2012).

Um estudo realizado em Belo Horizonte, identificou alguns fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde. O financiamento do sistema de saúde mostra como um município frágil social e economicamente tem influência negativa sobre o acesso do usuário aos serviços de saúde. Outro fator associado ao acesso é a questão da demora no tempo de marcação de consultas, o que resulta em uma grande lacuna para obter o serviço. Para os profissionais de saúde, a distância da residência do usuário à unidade, a falha no transporte público e as dificuldades financeiras para pagar a passagem do ônibus são alguns dos fatores que dificultam o acesso (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Antigamente, o modelo de atenção às PVHA centrado nos SAE, era considerado o mais adequado e seguro. Porém, com as novas linhas de cuidado às PVHA e com um tratamento mais simples, a infecção pelo HIV foi criando características de cronicidade e o modelo centrado unicamente em serviços especializados começou a apresentar falhas. Com o passar dos anos, alguns municípios brasileiros conseguiram melhorar a atenção às PVHA, com a implantação de um novo modelo de atenção em que as ações são organizadas conforme a realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção.

Os SAE continuam sendo de fundamental importância, porém a linha de cuidado engloba outros serviços de saúde, tendo a Atenção Básica uma participação especial. Outros serviços, quando indicado, também são importantes, como a atenção domiciliar e equipes de consultório na rua, para compor a rede de atenção. O cuidado compartilhado do HIV/aids entre a Atenção Básica e os SAE assegura maior acesso aos serviços de saúde, pois melhora o atendimento às PVHA no Brasil, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses usuários (BRASIL, 2015c).

3.3 MÉTODOS E CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Assim que foi descoberto o vírus do HIV, imunoenaios (IE) foram criados para a obtenção do diagnóstico da infecção. O primeiro ensaio foi comercialmente disponível em

1985. No decorrer das últimas décadas, foram criadas quatro gerações de IE, definidas na medida em que as metodologias usadas iam desenvolvendo-se (BRASIL, 2014).

Para que seja possível obter um diagnóstico fidedigno da infecção, é importante considerar o tempo entre a exposição ao vírus do HIV e a realização do teste. Segundo o Ministério da Saúde, “a duração desse período depende do tipo do teste, da sensibilidade e do método utilizado para detectar o marcador, seja ele RNA viral, DNA pró-viral, antígeno p24 ou anticorpo” (BRASIL, 2017d).

A infecção pelo HIV pode ser diagnosticada através de testes sorológicos e moleculares, que podem ser realizados nas unidades básicas de saúde, nos CTA, Unidade de Testagem Móvel (UTM), ou em laboratórios particulares, por meio de testes rápidos. No país, a Portaria 29, de 17 de dezembro de 2013, aprovou o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, regulamentando assim o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017d).

Os testes sorológicos são feitos através de amostra de sangue do paciente, nos quais são identificados os anticorpos e/ou antígenos do HIV. Nos adultos, os anticorpos podem ser identificados em média de quatro a doze semanas após a infecção pelo vírus. O western blot, o Elisa, o imunoblot e o imublot rápido são os testes sorológicos utilizados para a detecção do diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017d).

O diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV é realizado com no mínimo dois testes, um de triagem e outro mais específico, chamado de confirmatório. O padrão-ouro utilizado é feito habitualmente através de um IE de triagem juntamente com o western blot como teste complementar (BRASIL, 2014).

O fluxograma para o diagnóstico é formado por dois ou mais testes combinados, tendo como principal objetivo aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial. Para o resultado não reagente, não há necessidade de realizar mais de um teste, porém se ainda houver suspeita de infecção pelo HIV, um novo teste deve ser realizado após 30 dias da data de coleta do primeiro teste. Com o resultado sendo reagente, um segundo teste diferente do primeiro, é necessário para confirmar o diagnóstico. Entretanto, ressalta-se que o primeiro teste deve ser sempre o mais sensível, seguido por um segundo teste mais específico, para eliminar resultados falso-reagentes (BRASIL, 2014).

Outra forma de diagnosticar a infecção pelo HIV é através dos TR, implementado desde 2006 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no Brasil. Os TR podem ser realizados no período de visita do paciente, seja nas Unidades Básicas de Saúde, nos CTA, atendimento em domicílio, ou no atendimento em UTM. O resultado do teste sai em até 30

minutos. O TR é muito importante, pois aumenta o acesso ao diagnóstico, permitindo o início imediato do tratamento, o que preserva o sistema imunológico do paciente e reduz a transmissibilidade do vírus (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2014).

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV é muito importante, pois quanto mais cedo inicia-se o tratamento, mais a imunidade do indivíduo é preservada, reduzindo o agravamento da doença. Além disso, ao serem diagnosticados precocemente, os pacientes são encaminhados rapidamente para os centros de referência em HIV/aids, onde terão apoio psicológico e serão explicadas as medidas preventivas para evitar a transmissão do vírus para os parceiros sexuais (LORETO; AZEVEDO, 2012).

Estudo realizado no Brasil, no ano de 2003 a 2006, mostrou que quase a totalidade dos óbitos por HIV/aids, 97,5%, foram de indivíduos diagnosticados tardiamente. Assim, o estudo evidenciou uma alta prevalência de início tardio do tratamento da infecção pelo HIV/aids, com aumento de 1/3 das taxas de mortalidade por aids no país. Dessa forma, o diagnóstico tardio é uma das grandes preocupações para o enfrentamento da aids, pois aumenta o risco de mortalidade, a transmissibilidade do vírus e os gastos do governo com a assistência às PVHA (GRANGEIRO et al., 2011).

De acordo com um consenso realizado na Europa, o DT pode ser definido de duas formas, e classificado em diagnóstico tardio e muito tardio. O diagnóstico tardio acontece quando no momento do teste, a pessoa apresenta CD4 inferior a 350 células/mm³ ou esteja acometida por doença definidora da aids, independentemente da contagem de células CD4. O diagnóstico muito tardio ocorre em pessoas que apresentam contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ ou que têm doenças oportunistas da aids, independente da contagem de LT-CD4 + (ANTINORI et al., 2011).

Estudo realizado na Espanha em 2013, mostrou que 27,3% dos casos de HIV/aids foram diagnosticados muito tardiamente e 46,6% dos diagnósticos foram tardios (NAVARRO, 2014). Já em pesquisa realizada na China, na cidade de Liuzhou, dos 899 participantes entrevistados, 72,6% foram diagnosticados com HIV tardiamente (DAI et al., 2015).

Dentre as possíveis causas do DT, estão os indivíduos que apresentam idade mais avançada, os grupos de exposição ao vírus, como os HSH, as mulheres, além dos indivíduos com nível socioeconômico menos favorecido (MOCROFT et al., 2013).

Outros estudos mostram que os pacientes com menos de 30 anos de idade têm menos chances de diagnóstico tardio comparados com os pacientes entre 30 e 39 anos, porém os indivíduos com mais de 50 anos têm maior probabilidade de apresentar DT. Além do exposto,

os homens heterossexuais e usuários de drogas injetáveis (UDI), também apresentam maior probabilidade de retardo no diagnóstico (COUL et al., 2016).

Destarte, no cenário do HIV/aids, é indiscutível a importância de averiguar as implicações das diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde, levando-se em consideração os impactos sociais e humanos da infecção pelo HIV, as necessidades das PVHA e as consequências que o diagnóstico tardio pode acarretar na vida desses indivíduos (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa é recorte de um projeto mais amplo intitulado “Diagnóstico tardio de infecção pelo HIV: trajetórias e perspectivas de pessoas que vivem com o HIV/aids”, realizado no Estado da Paraíba. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo epidemiológico, analítico e transversal.

Segundo Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010), os estudos epidemiológicos têm por objetivo fornecer medidas precisas da ocorrência das doenças ou outros desfechos. De acordo com Pereira (2008), no estudo analítico investiga-se a relação entre dois eventos, a fim de obter-se uma explicação para uma eventual relação entre eles. No estudo transversal, a observação e mensuração são feitas ao mesmo tempo.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

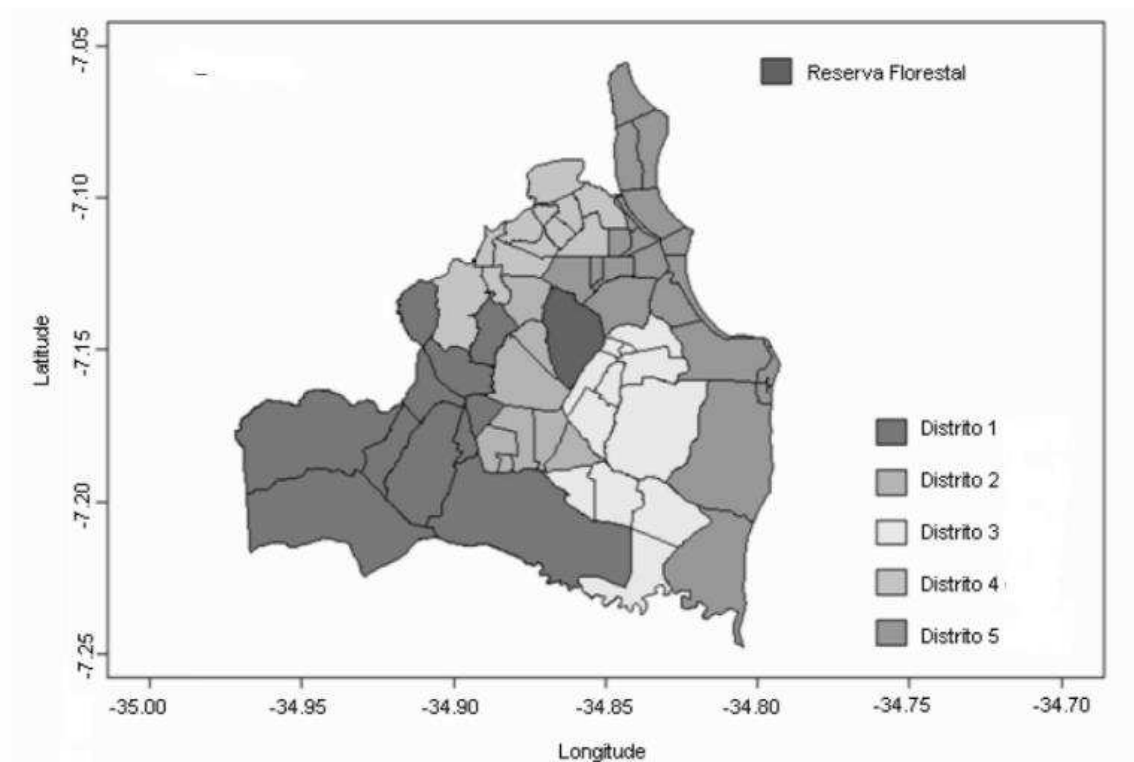
A pesquisa foi realizada na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba (FIGURA 1). Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2010, o município possui 723.515 mil habitantes, em uma extensão territorial de 211,475 Km², com densidade demográfica de 3.421,28 hab/km², e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763 (IBGE, 2017). A renda domiciliar per capita do município é de R\$ 964,82 e a expectativa de vida é de 72 anos (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013). A capital possui 126 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em cinco Distritos Sanitários (FIGURA 2). Existem dois SAE, um localizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, que atende a população no geral, e outro localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), que presta atendimento voltado para o público materno-infantil. Além disso, possui um CTA (JOÃO PESSOA, 2017; PARAÍBA, 2017).

Figura 1 – Mapa do Estado da Paraíba.



Fonte: MAPAS..., 2017.

Figura 2 – Mapa da cidade de João Pessoa e seus distritos sanitários.



Fonte: Adaptado de ARAÚJO et al., 2015.

Este estudo foi realizado nos SAEs do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga e do Hospital Universitário Lauro Wanderley. O

primeiro serviço é responsável pelo atendimento aos portadores de doenças infectocontagiosas, sendo referência no tratamento especializado no Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2017).

O Hospital Universitário Lauro Wanderley trata-se de um hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba. O HULW representa estrutura de saúde de referência para o Estado da Paraíba. Presta atendimento para todos os municípios paraibanos, além de ser referência para atenção ambulatorial especializada. O SAE familiar deste hospital é referência no atendimento a gestantes portadoras de HIV/aids e crianças (HULW, 2017).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos adultos com HIV/aids em uso de TARV, atendidos no SAE do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga e do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Em junho de 2016, foram registrados 2.415 atendimentos no primeiro serviço e 347 no segundo SAE, totalizando 2.762 pessoas atendidas para dispensação de medicamentos antirretrovirais, sendo esta quantidade de PVHA considerada a população desta pesquisa (PARAÍBA, 2016).

A amostra foi do tipo aleatória estratificada, constituída por 285 usuários. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: portadores de HIV/aids em TARV, maiores de 18 anos e que contenham os dados requeridos para a pesquisa registrados nos prontuários, definidos como a contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral no momento do diagnóstico, data do diagnóstico e presença de doença indicativa de aids no dia 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 foi 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 da Paraíba, a partir da fração amostral correspondente a 0,103739 (GIL, 2010). Assim, obteve-se uma amostra constituída por 285 usuários com HIV/aids, correspondendo a 247 participantes no SAE - Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga e a 38 no SAE Familiar – HULW.

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 - Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga foram sorteados sete dias (sendo dois reservas), considerando a viabilidade de realizar em média 49 entrevistas por dia, já que a amostra foi constituída por 247 participantes. Para o SAE Familiar – HULW foram sorteados três dias (sendo um reserva), pois a média de atendimentos foi 18,3 e a amostra foi formada por 38 pessoas.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário (APÊNDICE A), aplicado mediante entrevista, contendo perguntas segundo escalas variadas de respostas, como dicotômicas e categóricas. Para Gil (2008), entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta à frente do investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação. É, portanto, uma forma de interação social. 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.

Do instrumento utilizado no Projeto intitulado “Diagnóstico tardio de infecção pelo HIV: trajetórias e perspectivas de pessoas que vivem com o HIV/aids”, foram abordadas as questões referentes às características sociodemográficas dos participantes, informações sobre o diagnóstico de HIV/aids e variáveis relacionada ao acesso ao diagnóstico do HIV/aids.

Apenas foram coletados os dados, após a devida aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio, 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 linfócitos T CD4+ e de carga viral. Salienta-se que as entrevistas foram realizadas em um local que garantia a privacidade do entrevistado, nos dias de acompanhamento das PVHA no SAE, a partir da concordância na colaboração da pesquisa por meio do consentimento por escrito.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Para a pesquisa, foram considerados os seguintes desfechos, baseados na variável *proxy* contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico (ANTINORI et al., 2010; GRANJEIRO et al., 2011; BRASIL, 2013; HALL et al., 2013): diagnóstico oportuno, caracterizado pela contagem de LT-CD4+ igual ou superior a 500 células/ mm³; diagnóstico tardio definido por dois parâmetros: em primeira análise, será considerada a contagem de LT CD4+ inferior a 350 células/ mm³ e, em segunda análise, a quantidade de LT-CD4+ inferior a 500 células/ mm³; e diagnóstico muito tardio: medido pela contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/ mm³ ou com a presença de uma doença oportunista dentro de três meses de diagnóstico ou doença característica de aids no exame inicial.

As variáveis de exposição utilizadas no estudo estão contidas nas partes “A” (variáveis sociodemográficas) e “C” (referentes ao acesso ao diagnóstico do HIV/aids) do questionário do projeto mais amplo (APÊNDICE A). No Quadro 1 abaixo, estão discriminadas as variáveis da parte C do questionário.

QUADRO 1: Variáveis de Exposição referentes ao Acesso ao Diagnóstico do HIV/aids.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO
Motivo para realizar teste de HIV	Indicação médica ou de outro profissional de saúde Pré-natal Suspeita após relação sexual desprotegida Após relação sexual com parceiro HIV-positivo Após acidente com material biológico Por ter compartilhado agulhas no uso de drogas injetáveis Por apresentar-se doente com sintomas de aids Para saber seu estado sorológico por curiosidade ou precaução Outro
Busca de outras alternativas antes de procurar o serviço de saúde	Sim Não Não se aplica
Alternativas de cuidado	Uso de plantas medicinais Homeopatia Medicina tradicional chinesa/acupuntura Instituição religiosa/benedeiro (a) Outro

Demora para buscar o serviço de saúde para fazer o teste de HIV	Sim Não
Motivo da demora	Por se sentir saudável Por sentir medo da doença Por sentir medo do estigma/preconceito Por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV Outro
Primeiro serviço de saúde procurado para realizar o teste de HIV	UBS/ USF Ambulatório de referência Serviço de Assistência Especializada Hospital Público Hospital Privado Consultório particular Pronto-atendimento Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Outro
Realização do teste de HIV no primeiro serviço	Sim Não
Aconselhamento na realização do teste de HIV	Sim Não
Tempo para receber o resultado	No mesmo dia Menos de uma semana Mais de uma semana e menos de um mês Mais de um mês
Idas ao serviço para descobrir o diagnóstico	*variável numérica
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico	UBS/ USF Ambulatório de referência SAE Hospital Público Hospital Privado Consultório particular Pronto-atendimento Outro
Consulta no prazo de 24 horas no serviço de saúde que descobriu o HIV/aids	Nunca Quase nunca Às vezes Quase sempre Sempre

Frequência com que perdeu o trabalho para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha HIV/aids	Sempre Quase sempre Às vezes Quase nunca Nunca
Distância entre a casa e o serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids	Muito distante Distante Regular Próximo Muito próximo
Meio de transporte utilizado para ir ao serviço descobrir o diagnóstico	Transporte público Automóvel/ motocicleta próprio Outro
Gastos com transporte para descobrir o diagnóstico	Sempre Quase sempre Às vezes Quase nunca Nunca
Pagamento para realizar consultas ou exames em algum serviço para descobrir diagnóstico	Sempre Quase sempre Às vezes Quase nunca Nunca
Auxílio-financeiro para realizar consultas ou exames em algum serviço para descobrir o diagnóstico	Sempre Quase sempre Às vezes Quase nunca Nunca
Atendimento do profissional de saúde que realizou o diagnóstico	Muito ruim Ruim Regular Bom Muito bom
Atitude após descobrir que tinha HIV	Resolveu aderir ao cuidado do serviço de saúde Não buscou o serviço de saúde para ser acompanhado
Motivo da não adesão ao cuidado do serviço de saúde	Por dificuldades de acesso ao serviço Por negar a infecção e se sentir saudável Por medo da discriminação/preconceito Por medo de outras pessoas (família, amigos) descobrirem Outro motivo

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados 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 sobre a contagem de LT-CD4+ e carga viral foram analisados utilizando cálculo de medidas descritivas, tais como, média, desvio padrão, mediana e quartis.

Logo após, foi medida a associação das variáveis de exposição com os desfechos, por meio de teste de associação qui-quadrado (χ^2) e de regressão logística. Intervalos de confiança, quando utilizados, tiveram nível de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$ decidirá a rejeição da hipótese nula em todos os testes estatísticos utilizados neste trabalho. Por fim, foi realizada a discussão dos resultados encontrados em consonância com a literatura existente.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil e aprovado com os Pareceres de nº 1.932.530 e 1.870.281. A participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), assinado após a apresentação do projeto, com seus objetivos, garantia do uso dos dados somente para fins de pesquisa e do anonimato dos entrevistados, como dispõe a resolução referida. A coleta de dados ocorreu apenas após aprovação nos Comitês de Ética.

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.

Enfatiza-se também que 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.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS

Na Tabela 1, identifica-se o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Evidenciou-se predominância do gênero masculino entre as pessoas com HIV entrevistadas ($p < 0,001$), pois do total dos participantes, 164 (57,5%) deles eram homens e 115 (40,4%) eram mulheres.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Gênero	Feminino	115	40,4	< 0,001
	Masculino	164	57,5	
	Outro	6	2,1	
	Total	285	100,0	
Gravidez no momento do diagnóstico	Sim	34	11,9	< 0,001
	Não	73	25,6	
	Não se aplica	178	62,5	
	Total	285	100,0	
Faixa etária no momento do diagnóstico	Até 17 anos	5	1,8	< 0,001
	18 a 24 anos	50	17,5	
	25 a 39 anos	137	48,1	
	40 a 49 anos	60	21,1	
	50 a 59 anos	25	8,8	
	60 anos ou mais	8	2,8	
	Total	285	100,0	
Raça/Cor	Branca	77	27,0	< 0,001
	Negra	36	12,6	
	Amarela	3	1,1	
	Parda	166	58,2	
	Indígena	1	0,4	
	Ignorado	2	0,7	
	Total	285	100,0	
Situação conjugal atual	Solteiro	134	47,0	< 0,001
	Casado/ União estável	113	39,6	
	Separado/ Divorciado	21	7,4	
	Viúvo	17	6,0	
	Total	285	100,0	
Situação	Solteiro	118	41,4	

(Continuação)

conjugal no momento do diagnóstico	Casado/ União estável	150	52,6	< 0,001
	Separado/ Divorciado	11	3,9	
	Viúvo	5	1,8	
	Total	284¹	100,0	
Tem filhos	Sim	171	60,0	< 0,001
	Não	114	40,0	
	Total	285	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: (1) Alguns participantes não responderam, reduzindo o n amostral nesta variável.

A predominância do diagnóstico de HIV em homens neste estudo condiz com o cenário nacional, tendo em vista que em 2016, até o mês de junho, ocorreram 9.143 casos em homens e 3.536 em mulheres (BRASIL, 2016a). Além disso, estudos realizados no nosso país, na Espanha e na Holanda, mostraram os percentuais de diagnóstico do HIV mais elevados nos homens do que em mulheres, o que pode ser explicado pelo fato dos homens procurarem menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres. Além do mais, os estudos têm verificado que o gênero masculino está mais propenso a apresentar DT (OLIVA et al., 2012; VALENTINI et al., 2015; COUL et al., 2016).

As questões de gênero detêm forte influência na sociedade e principalmente nas relações sexuais, que traz como consequência, vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. Dessa forma, os papéis socioculturais criados por homens e mulheres definem o comportamento de ambos. Os homens por sua vez têm a ilusória certeza que podem usufruir de uma vida sexual irreprimível com várias parceiras, característica marcante na masculinidade hegemônica, que acaba influenciando na forma dos homens se cuidarem, tornando-os mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids (ARRAES; JUNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2013).

Observa-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) nas proporções das categorias da variável gravidez no momento do diagnóstico, pois das mulheres em idade fértil entrevistadas, 73 (63,5%) não estavam grávidas quando diagnosticadas com HIV.

No ano de 2015, ocorreram 7.901 casos de HIV em gestantes no Brasil, sendo 20,9% dos casos no Nordeste. A capital João Pessoa, teve no mesmo ano, taxa de detecção de 0,8 casos em gestantes, inferior à taxa nacional (BRASIL, 2016).

Além do exposto, segundo estudo elaborado por Dourado et al. (2014), evidenciou-se que as mulheres grávidas comparadas aos homens e as mulheres não grávidas tinham menos chances de apresentar DT. Coul et al. (2016) obtiveram a mesma conclusão, pois sua pesquisa realizada na Holanda, relatou que as mulheres diagnosticadas no pré-natal são menos

propensas a apresentar atraso no diagnóstico. Portanto, é evidente que o pré-natal bem realizado é de suma importância para o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV.

Na categoria de faixa etária no momento do diagnóstico, denota-se que quase metade dos participantes, 137 (48,1%) tinham entre 25 e 39 anos quando diagnosticados, havendo diferença estatisticamente significativa em relação as demais categorias da variável ($p < 0,001$).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 2016, 46,2% dos casos de HIV ocorreram na faixa etária de 25 a 39 anos, percentual bem próximo ao do nosso estudo. Em uma pesquisa realizada em Recife e Curitiba, observou-se que as maiores taxas de prevalência da infecção pelo HIV ocorrem em adultos jovens, com maiores taxas de incidência na faixa etária de 25 a 34 anos. Uma das estratégias para diminuir a infecção pelo HIV/aids nessa população alvo, é o aumento do fornecimento de testes entre os jovens, principalmente entre os homens jovens, e realizar também a retestação rotineira entre eles. Essa prática poderia ser usada combinando os exames de rotina e também realizando os testes nos locais onde esses jovens mais se reúnem (SZWARCOWALD, 2016; STEIN et al., 2017).

Evidenciou-se proporções estatisticamente diferentes nas categorias da variável raça/cor, pois a maioria dos participantes da pesquisa, 166 (58,2%) declararam-se pardos, enquanto apenas 77 (27,0%) autodeclararam ser da cor branca.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/aids, em 2016, 44,1% dos casos de HIV ocorreram na raça parda. Já segundo levantamento realizado pelo IBGE, em 2014, na região Nordeste, 61,9% da população autodeclararam-se da cor parda (IBGE, 2015). Neste sentido, ressalta-se os resultados de estudos que afirmam que não ser da cor branca está associado ao maior risco de ter um diagnóstico tardio da infecção pelo HIV (VALENTINI et al., 2015).

Na variável de situação conjugal atual, aponta-se predominância da categoria solteiro ($p < 0,001$), pois do total de participantes do estudo, 134 (47,0%) deles declararam-se solteiros, contra 113 (39,6%) que referiram ser casados ou viverem em união estável. Já em relação à variável situação conjugal no momento do diagnóstico, a proporção da categoria de casados/união estável ($p < 0,001$) era maior, pois do total de participantes da pesquisa, 150 (52,6%) deles eram casados ou viviam em união estável e apenas 118 (41,4%) eram solteiros.

Muitos casais encontram dificuldades relacionadas à relação sexual, pois têm medo de transmitir o vírus para o parceiro sorodiscordante (REIS, 2010). Evidencia-se neste

estudo, que há uma mudança na situação conjugal após a descoberta do diagnóstico de HIV, conforme referido anteriormente, o que pode estar atrelado à quebra de confiança entre os casais, como mostra a literatura. Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, houve casos em que os casais não conseguiram prosseguir com o relacionamento, pois a descoberta do diagnóstico prejudicou a confiança dos parceiros, resultando em separação (GONÇALVEZ; WEBER; ROSO, 2013).

Na variável sobre ter filhos, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre as proporções das categorias (valor-p < 0,001), pois do total dos entrevistados, 171 (60,0%) deles tinham filhos, enquanto 114 (40,0%) deles não tinham. Estudo aponta que, entre a população heterossexual, viver em casal e ter filhos aumenta a probabilidade de ter DT, comparados àqueles que vivem em casal sem filhos. Relaciona-se este dado ao fato dessa população não reconhecer o risco para a infecção e acabar não realizando o teste de HIV, tornando-se muito importante incentivar o teste nessa população (DELPPIERRE et al., 2006).

Na Tabela 2, estão descritas as informações sociodemográficas e econômicas dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas e econômicas dos entrevistados (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Anos de escolaridade	Nenhum	9	3,2	< 0,001
	1 a 8 anos	117	41,1	
	9 a 11 anos	37	13,0	
	12 anos acima	122	42,7	
	Total	285	100,0	
Ocupação	Desempregado	63	22,1	< 0,001
	Empregado	62	21,8	
	Autônomo	26	9,1	
	Do lar	33	11,6	
	Estudante	10	3,5	
	Aposentado	37	13,0	
	Subsidiado	51	17,9	
	Total	282¹	100,0	
Local de	Sim	237	83,2	

moradia possui rede de esgoto sanitário	Não	48	16,8	< 0,001
	Total	285	100,0	
Renda familiar mensal	Até 1 salário mínimo	116	40,7	
	>1 a 2 salários mínimos	90	31,6	
	>2 a 3 salários mínimos	36	12,6	< 0,001
	>3 a 4 salários mínimos	16	5,6	
	Acima de 4 salários mínimos	27	9,5	
	Total	285	100,0	
Orientação afetivossexual	Heterossexual	194	68,1	
	Homossexual	70	24,6	
	Bissexual	20	7,0	< 0,001
	Não respondeu	1	0,4	
	Total	285	100,0	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Em relação à quantidade de anos de estudo, 122 (42,7%) dos entrevistados afirmaram ter acima de 12 anos de estudo, enquanto 117 (41,1%) tinham de 1 a 8 anos de estudo ($p < 0,001$). Em 2014, a média de anos de estudo no nosso país foi de 7,7 anos. Em uma pesquisa realizada no Brasil, constatou-se que as PVHA que possuem maior grau de instrução podem ter mais facilidade no acesso aos serviços de saúde e compreender melhor as informações sobre sua condição (COSTA et al., 2014).

Em estudo realizado em João Pessoa, no CHCF, no ano de 2008, mostrou-se baixa escolaridade dos pacientes com HIV entrevistados, onde 35% deles estudou da 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental. Ainda de acordo com os autores supracitados, o baixo grau de instrução gera vulnerabilidade das populações consideradas de risco, pois torna o acesso às informações mais difíceis, uma vez que, apesar de saberem ler, os usuários não compreendem o que estão lendo. Portanto, o baixo grau de escolaridade está relacionado à progressão da epidemia do HIV/aids, principalmente na população mais pobre, sendo necessário o aumento de educação popular em saúde para diminuir o risco de contaminação (SOUSA; DUARTE; COSTA, 2008).

Quanto à ocupação dos participantes da pesquisa, 63 (22,1%) deles encontravam-se desempregados e 62 (21,8%) dos entrevistados estavam empregados, resultados com significância estatística, em relação às demais categorias ($p < 0,001$).

De acordo com o IBGE, em 2014, a região Nordeste registrou o menor nível de ocupação no país, para a população de pessoas com idade economicamente ativa, sendo 59% da população. Além disso, a região foi a que registrou maior taxa de desocupados do Brasil, com 8,0% da população (IBGE, 2015).

No que se refere à variável saneamento básico, os entrevistados foram indagados se as suas residências possuíam esgotamento sanitário, dos quais 237 (83,2%) deles responderam que sim, sendo observado diferença estatisticamente significativa sobre as demais categorias ($p < 0,001$).

Em 2014, estimou-se que 67 milhões de domicílios particulares existiam no nosso país, e destes, 63,5% tinham rede coletora de esgoto (IBGE, 2015). Como é possível observar, os nossos resultados mostram que quase todos os entrevistados possuíam rede de esgoto em suas residências, fato importante, pois se trata de um serviço que agrega maior qualidade de vida para a população.

Já na questão da renda familiar mensal, do total de participantes da pesquisa, 116 (40,7%) deles relataram que a renda da família é de até um salário mínimo e 90 (31,6%) declaram ter acima de um salário, chegando até dois salários mínimos.

Segundo Marques (2015), a ocupação, grau de escolaridade e renda estão intimamente relacionados ao DT, uma vez que as populações nessas condições encontram dificuldades para o acesso aos serviços de saúde.

O perfil socioeconômico das pessoas acometidas pela doença também mudou, observando-se o avanço da doença sobre a população economicamente mais pobre, a chamada pauperização da epidemia (SOARES; SILVA, 2012).

No quesito orientação afetivossexual, a maioria dos entrevistados, 190 (68,1%) deles declararam ser heterossexuais, notando-se proporções estatisticamente diferentes entre as categorias ($p < 0,001$).

Segundo dados do MS, em 2015, em relação à orientação afetivossexual, 50,4% dos casos de HIV ocorreram em homens através da exposição homossexual e 36,8% através da exposição heterossexual, já entre as mulheres, 96,4% foi na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2016a).

Estudo feito na Europa e na Holanda evidenciou que homens heterossexuais apresentam maiores chances de apresentar DT, por outro lado, os HSH têm menos chances de apresentar atraso no diagnóstico, provavelmente devido a maior percepção de risco neste público (MOCROFT et al., 2013; COUL et al., 2016).

Na Tabela 3 abaixo, foram descritas as categorias de exposição ao HIV/aids entre os participantes do estudo. Evidenciou-se maiores percentuais de casos de HIV na variável transmissão por via sexual. Do total de participantes da pesquisa, 171 (60,0%) deles relataram que o provável modo de contaminação foi através das relações sexuais com homens, havendo assim diferença estatisticamente significativa nas proporções das categorias ($p < 0,001$).

Tabela 3 – Categorias de exposição ao HIV/aids, segundo os participantes da pesquisa. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Transmissão por via vertical	Sim	1	0,4	< 0,001
	Não	273	95,8	
	Ignorado	11	3,9	
	Total	285	100,0	
Transmissão por via sexual	Relações sexuais com homens	171	60,0	< 0,001
	Relações sexuais com mulheres	70	24,6	
	Relações sexuais com homens e mulheres	24	8,4	
	Não foi transmissão sexual	10	3,5	
	Ignorado	10	3,5	
	Total	285	100,0	
Transmissão por via sanguínea	Sim	12	4,2	< 0,001
	Não	256	89,8	
	Ignorado	17	6,0	
	Total	285	100,0	
Tipo de via de transmissão sanguínea	Uso de drogas injetáveis	1	0,4	< 0,001
	Hemotransfusão para hemofilia	2	0,7	
	Transfusão sanguínea	4	1,4	
	Acidente com material biológico	6	2,1	
	Não se aplica	272	95,4	
	Total	285	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Estes resultados estão em consonância com a literatura, pois de acordo com dados do MS, no ano de 2015, tanto em homens quanto em mulheres, a principal via de transmissão

foi a sexual (BRASIL, 2016a). Sabe-se que o vírus do HIV pode ser encontrado no sêmen, no sangue, secreção vaginal e no leite materno, e pode ser contraído através de diversas formas, como por exemplo, nas relações sexuais anais, vaginais e orais sem o uso do preservativo (BRASIL, 2017e).

Em pesquisa realizada na China, constatou-se que o contato sexual foi a principal via de transmissão do HIV, sendo que 40,71% dos casos abrangeram HSH e 41,12% dos participantes foram expostos ao vírus através do contato heterossexual (JIANG et al., 2015). Em estudo realizado no Estado de Santa Catarina, a principal forma de transmissão do vírus também foi através da relação sexual desprotegida, e teve prevalência nas relações heterossexuais (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013).

A prática de relações sexuais desprotegidas é algo muito comum, o que pode ser explicado pelo fato das pessoas ainda pesarem que o HIV/aids é doença do outro e não de todos. Este pensamento fundamenta-se em questões culturais enraizadas pela história da pandemia da infecção, levando a população a cometer práticas de risco. Não obstante, atualmente o HIV/aids é uma doença de todos, porém permanece o pensamento que atinge apenas determinados grupos de risco (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010).

Portanto, é de valiosa importância que campanhas de prevenção sejam intensificadas nos grupos que não são considerados de risco, como forma de reduzir os casos de DT no nosso país.

Na Tabela 4, estão descritas as informações dos pacientes sobre o diagnóstico do HIV/aids. Na variável “tempo de detecção do HIV ao início do cuidado com a infecção”, identificou-se que a maioria dos participantes da pesquisa, 159 (55,8%) deles relataram que procuraram os cuidados entre zero a três dias após o resultado positivo para HIV, contra, 105 (36,8%) deles que procuraram o serviço com mais de 8 dias após o teste ($p < 0,001$).

Tabela 4 – Informações sobre o diagnóstico do HIV/aids, segundo os participantes do estudo. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Tempo de detecção do HIV ao início do cuidado com a infecção	0 a 3 dias	159	55,8	< 0,001
	4 a 7 dias	21	7,4	
	8 acima	105	36,8	
	Total	285	100,0	
Tempo entre o	Menos de um mês	121	42,5	

primeiro resultado positivo de HIV e o início da TARV	Um mês	72	25,3	< 0,001
	Dois meses	34	11,9	
	Três meses	19	6,7	
	Quatro meses ou mais	39	13,7	
	Total	285	100,0	
Tempo com diagnóstico da infecção pelo HIV	Menos de 1 ano	155	54,4	< 0,001
	Um ano	53	18,6	
	Dois anos	26	9,1	
	Três anos acima	51	17,9	
	Total	285	100,0	
Tempo com diagnóstico da AIDS	Menos de 1 ano	124	43,5	< 0,001
	Um ano	21	7,4	
	Dois anos	14	4,9	
	Três anos acima	126	44,2	
	Total	285	100,0	
Doença indicativa de aids no diagnóstico	Sim	81	28,4	0,002
	Não	201	70,5	
	Ignorado	3	1,1	
	Total	285	100,0	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Estes resultados corroboram com a literatura, pois em estudo realizado nas cidades de Baltimore, nos EUA e no Rio de Janeiro, no Brasil, observou-se que o tempo médio entre o diagnóstico de HIV e a apresentação para o cuidado foi inferior a um ano (MOREIRA et al., 2011). Outro estudo realizado no Brasil, teve mediana de 47 dias para o primeiro atendimento após o diagnóstico (VALENTINI et al., 2015).

Em relação à variável, tempo entre o primeiro resultado positivo e o início da TARV, 121 (42,5%) dos entrevistados relataram que iniciaram a TARV em menos de um mês, contra, 72 (25,3%) deles, que começaram o tratamento após um mês de diagnóstico, representando proporções estatisticamente diferentes entre as categorias ($p < 0,001$).

Em pesquisa realizada em Xangai, evidenciou-se que o tempo de iniciação de TARV variou de 0,5 a 94,5 meses nos pacientes que se apresentaram tardiamente para o tratamento, já nos pacientes que se apresentaram em tempo oportuno para a terapêutica, o intervalo de tempo foi de 0,5 a 92,5 meses. De acordo com os pesquisadores, o gênero masculino, idade avançada e transmissão heterossexual são fatores de risco para iniciar tardiamente a TARV. Notavelmente, o tempo mediano para a iniciação de TARV no grupo diagnosticado tardiamente foi menor do que o grupo de iniciação oportuna para o tratamento. (SUN et al., 2017).

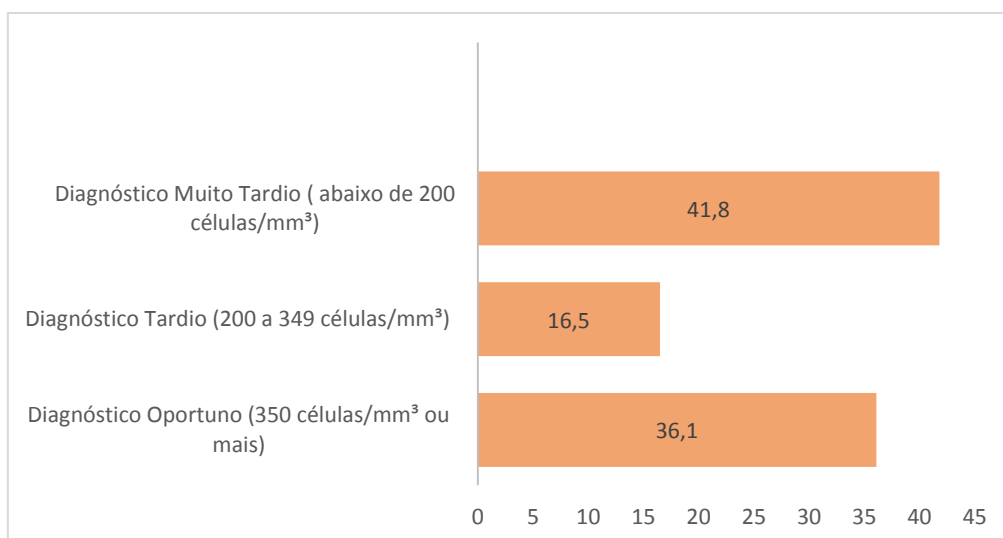
Neste contexto, ressalta-se que apesar de a distribuição da TARV ser gratuita e universal em nosso país, e não obstante as diversas campanhas realizadas para o enfrentamento do HIV, os casos de início tardio de tratamento ainda apresenta altos índices no Brasil (VALENTINI et al., 2015).

Verifica-se diferenças estatisticamente significativas nas proporções das categorias da variável, tempo com diagnóstico da infecção pelo HIV ($p < 0,001$), pois a maioria dos participantes do estudo, 155 (54,4%) deles têm o diagnóstico há menos de um ano. Além do exposto, identificou-se diferença significativa nas proporções das categorias da variável doença indicativa de aids no momento do diagnóstico ($p < 0,002$), tendo em vista que 201 (70,5%) dos participantes não apresentaram doenças sugestivas de aids.

Quanto ao diagnóstico de aids, evidenciou-se diferenças estatisticamente significativas na ocorrência das categorias ($p < 0,001$), tendo em vista que 169 (59,3%) dos entrevistados possuíam diagnóstico de aids. Enfatiza-se que estes usuários que possuem o diagnóstico de aids possivelmente foram diagnosticados tardiamente, uma vez que o atraso no diagnóstico conduz geralmente ao agravamento dos casos. Conforme será descrito posteriormente, o percentual de DT neste estudo foi de 58,3%.

O Gráfico 1 abaixo apresenta informações sobre os valores de LT-CD4+ dos participantes da pesquisa, no momento do diagnóstico, segundo informações colhidas nos prontuários.

Gráfico 1 – Diagnóstico da infecção pelo HIV, segundo valor de linfócitos TCD4+. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

É de suma importância a contagem dos LT-CD4+, por se tratar do indicador laboral mais importante, em pacientes assintomáticos, definindo o início do tratamento e, por sua rápida progressão, caracterizada por redução acentuada, culminar em aids e até mesmo em óbito (BRASIL, 2013).

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV é definido quando a primeira contagem de células CD4 é igual ou superior a 350 células/mm³. Em relação ao diagnóstico tardio, caracteriza-se pela primeira contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³ ou presença de doença definidora de aids. Já o diagnóstico muito tardio é aquele que o paciente apresenta primeira contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ ou doença definidora de aids no momento do diagnóstico ou apresente aids em até três meses após o diagnóstico (ANTINORI et al., 2010; GRANGEIRO et al., 2011; HALL et al., 2013; VALENTINI et al., 2015).

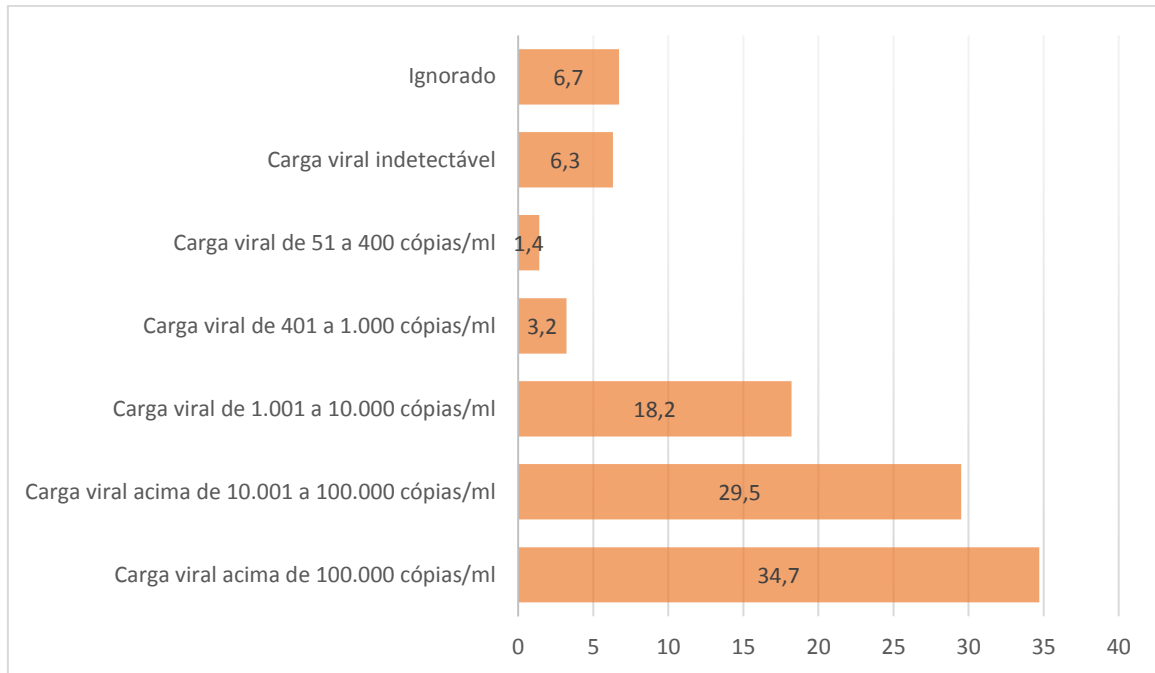
Os resultados deste estudo apontaram que mais da metade dos entrevistados, 58,3% deles se apresentaram ao serviço de saúde com DT, contra, 36,1% que se apresentaram em tempo oportuno para o diagnóstico ($p < 0,001$).

Destarte, os resultados acima possuem equivalência com a literatura publicada. Em pesquisa realizada na Ilha de Santiago (Chile), em Catania (Itália) e em Tijuana (México), houve elevada incidência de DT, variando de 43,3 % a 55,6% dos casos. (MOREIRA, 2013; CELESIA et al., 2013; CARRIZOSA et al., 2010).

Os altos índices de DT em todo o mundo ainda são muito alarmantes. Para Moreira (2013), entre os fatores do DT está a baixa percepção de risco, o déficit de conhecimento sobre a doença, a acreditação do tratamento, além dos fatores relacionados ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Desse modo, Carrizosa et al. (2010) sugere que devem ser criadas intervenções para aumentar a oferta de teste em tempo oportuno para o diagnóstico, com o intuito de promover os benefícios do diagnóstico precoce. A inclusão do teste de HIV como exame de rotina em todos os grupos, ajudaria a diminuir os casos de DT e conseqüentemente a transmissão do vírus.

O Gráfico 2 apresenta as informações sobre os valores de carga viral (CV) dos participantes da pesquisa, no momento do diagnóstico, segundo informações colhidas nos prontuários.

Gráfico 2 – Carga viral no momento do diagnóstico. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

A carga viral acima de 100.000 cópias/ml tem diferença estatisticamente significativa em relação aos demais valores de CV ($p < 0,001$). De acordo com Valentini et al. (2015), os pacientes com a CV elevada e sintomáticos no primeiro atendimento apresentaram retardo no diagnóstico, quando comparados aos pacientes assintomáticos.

Sabe-se que as PVHA em uso de TARV, que conservam a contagem de $CD4 > 500$ células/mm³ e CV indetectável têm expectativa de vida semelhante às pessoas que não possuem HIV (BRASIL, 2013).

No nosso país, o monitoramento da implantação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e a adesão ao tratamento se dá através do acompanhamento da supressão viral das PVHA acima de 18 anos em TARV, por no mínimo seis meses. A supressão viral é averiguada pela CV inferior a 1.000 cópias/ml (BRASIL, 2013).

Segundo dados do MS, evidenciou-se que 52% das PVHA, no ano de 2014, estavam em TARV e 46% delas apresentavam supressão viral pelo menos seis meses após o início do tratamento (BRASIL, 2015b). Em 2015, levando-se em conta apenas as PVHA adultas, observa-se que a supressão viral atingiu 90%, obtendo-se a meta 90-90-90 em relação à CV.

Neste sentido, estudo realizado em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, concluiu que uma boa adesão ao tratamento está relacionada a baixos níveis de carga viral (FORESTO et al., 2017).

5.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

A Tabela 5 retrata os fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico do HIV/aids, segundo os participantes da pesquisa.

Observa-se quanto aos motivos para procurar o serviço de saúde para realização do teste, que do total de participantes, 82 (28,8%) deles buscaram o serviço por indicação médica ou de outro profissional, enquanto que 81 (28,4%) deles afirmaram que buscaram realizar o exame por se apresentaram doentes com sintomas de aids, observando-se diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p < 0,001$).

Tabela 5 – Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico do HIV/aids. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Motivo para realizar teste de HIV	Indicação médica ou profissional de saúde	82	28,8	< 0,001
	Pré-natal	31	10,9	
	Suspeita após relação sexual desprotegida	4	1,4	
	Após relação sexual com parceiro HIV positivo	27	9,5	
	Apresentar-se doente com sintomas de aids	81	28,4	
	Para saber seu estado sorológico	54	18,9	
	Outro	6	2,1	
	Total	285	100,0	
Busca de outras alternativas antes de procurar o serviço de saúde	Sim	11	3,9	< 0,001
	Não	274	96,1	
	Total	285	100,0	
Demora para buscar o serviço de saúde para fazer o teste de HIV	Sim, por se sentir saudável	39	13,7	< 0,001
	Sim, por sentir medo da doença	13	4,6	
	Sim, por medo do estigma	11	3,9	
	Sim, por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV	24	8,4	
	Sim, por outro motivo	21	7,4	
	Não	174	61,1	
	Ignorado	3	1,1	
Total	285	100,0		

(Continuação)

Primeiro serviço de saúde procurado para realizar o teste de HIV	UBS/ USF	49	17,2	
	Ambulatório de referência	2	0,7	
	SAE	44	15,4	
	Hospital Público	110	38,6	
	Hospital Privado	9	3,2	
	Consultório particular	36	12,6	< 0,001
	Pronto-atendimento	3	1,1	
	CTA	9	3,2	
	Outro	23	8,0	
Total	285	100,0		
Realização do teste de HIV no primeiro serviço	Sim	274	96,1	
	Não	11	3,9	< 0,001
	Total	285	100,0	
Aconselhamento na realização do teste do HIV	Sim	190	66,7	
	Não	95	33,3	< 0,001
	Total	285	100,0	
Tempo para receber o resultado	No mesmo dia	147	51,6	
	Menos de uma semana	55	19,3	
	Mais de semana e menos de um mês	52	18,2	< 0,001
	Mais de um mês	31	10,9	
	Total	285	100,0	
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico	UBS/ USF	31	10,9	
	Ambulatório de referência	2	0,7	
	SAE	71	24,9	
	Hospital Público	120	42,1	
	Hospital Privado	10	3,5	< 0,001
	Consultório particular	26	9,1	
	Pronto-atendimento	2	0,7	
	Outro	23	8,1	
Total	285	100,0		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Diante dos dados mencionados acima, é notório que grande parte dos pacientes adentram ao serviço de saúde com estado imunológico grave (MOREIRA, 2013). De acordo com pesquisa realizada na Etiópia, 48,8% dos participantes com DT, realizaram o teste, pois já apresentavam sintomas de aids (ASSEN et al., 2016).

No que diz respeito à busca por outras alternativas antes de procurar o serviço de saúde, a maioria dos entrevistados, 274 (96,1%) deles relataram que não fizeram uso de

nenhuma outra alternativa a não ser a busca pelo serviço, enquanto apenas 11 (3,9%) dos participantes afirmaram procurar outras alternativas ($p < 0,001$).

A possibilidade de um diagnóstico confirmatório de HIV/aids é rodeada de paradigmas e tensões emocionais, e algumas pessoas reagem e optam pela imediata busca pelo serviço de saúde, porém existem ainda aquelas que buscam outras alternativas complementares, como o uso de plantas medicinais (MORENO, 2013).

No quesito tempo para buscar o serviço de saúde, dos entrevistados do estudo, 174 (61,1%) deles consideraram que não demoraram para se dirigir ao serviço, e o serviço mais procurado foi o Hospital Público (38,6%). Em relação ao tempo para receber o resultado do exame, do total de participantes, 147 (51,6%) deles receberam o resultado no mesmo dia da realização do exame ($p < 0,001$).

Mesmo após longos períodos entre a descoberta e o manejo do HIV, ainda é possível identificar comportamentos preconceituosos entre os indivíduos, sejam eles infectados ou não, uma vez que as pessoas passam a se rotular, e o indivíduo com HIV prefere por vezes não revelar sua condição sorológica, por medo do que a sociedade irá pensar sobre ele e de como as pessoas irão tratá-lo. Essa situação ocasiona sofrimento e isolamento social, e tal medo faz com que as pessoas busquem de forma mais rápida o diagnóstico e consequentemente o tratamento (LIMA, 2014).

Dados da pesquisa revelam que o local mais procurado para realização do teste de HIV foi o hospital público, revelando que as pessoas ainda buscam o serviço secundário ou terciário para fins de rastreamento, o que deveria ser iniciado pela porta preferencial de entrada, a atenção básica. Com o advento dos testes rápidos nas UBS, acredita-se que possa haver uma maior aproximação entre a prevenção, a busca e o controle desses tipos de infecções, sobretudo no público feminino, uma vez que este público possui maior adesão e aceitabilidade nos serviços de saúde, e devido ao fenômeno da feminização do HIV/aids, que está em constante ascensão (SILVA, 2016).

Na variável “aconselhamento no momento do teste”, observa-se que, do total de entrevistados, 190 (66,7%) receberam aconselhamento pré-teste ($p < 0,001$). Sabe-se que tanto o aconselhamento no pré e pós-teste é de fundamental importância. Caracteriza-se o aconselhamento como uma estratégia de prevenção frente às questões individuais, no qual o indivíduo analisa os riscos que corre e faz uma reflexão acerca das medidas de prevenção cabíveis (MACIEL, 2009).

A Tabela 6 apresenta as características o acesso ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico dos participantes da pesquisa.

Tabela 6 – Características do acesso das PVHA ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico. (n = 285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	n	%	χ^2 (Valor-p)
Consulta no prazo de 24 horas no serviço de saúde que descobriu o HIV/aids	Nunca	70	24,6	< 0,001
	Quase nunca	8	2,8	
	Às vezes	6	2,1	
	Quase sempre	4	1,4	
	Sempre	197	69,1	
	Total	285	100,0	
Distância entre a casa e o serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids	Muito distante	64	22,5	< 0,001
	Distante	87	30,5	
	Regular	46	16,1	
	Próximo	72	25,3	
	Muito próximo	15	5,3	
	Total	285	100,0	
Pagamento para realizar consultas ou exames em algum serviço para descobrir diagnóstico	Sempre	29	10,2	< 0,001
	Quase sempre	1	0,4	
	Às vezes	7	2,5	
	Quase nunca	2	0,7	
	Nunca	246	86,3	
	Total	285	100,0	
Atendimento do profissional de saúde que realizou o diagnóstico	Muito ruim	7	2,5	< 0,001
	Ruim	6	2,1	
	Regular	5	1,8	
	Bom	129	45,3	
	Muito bom	134	47,0	
	Total	285	100,0	
Atitude após descobrir que tinha HIV	Resolveu aderir ao cuidado do serviço	257	90,2	< 0,001
	Não buscou o cuidado por dificuldades de acesso ao serviço	1	0,4	
	Não buscou o cuidado por negar a infecção e se sentir saudável	7	2,5	
	Não buscou o cuidado por medo da discriminação	15	5,3	
	Não buscou o cuidado por medo de outras pessoas descobrirem	4	1,4	

Não buscou o cuidado por outro motivo	1	0,4
Total	285	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No que diz respeito às características do acesso ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico, as informações obtidas dão conta de um serviço ágil, efetivo e de qualidade, uma vez que logo após a descoberta do diagnóstico, do total de entrevistados, 197 (69,1%) deles realizaram consulta em até 24 horas, notando-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de respostas ($p < 0,001$).

Em relação à variável “distância entre a residência e o serviço que diagnosticou o HIV”, nota-se que, do total de entrevistados, 87 (30,5%) deles classificaram como distante, enquanto, 64 (22,5%) relataram ser muito distante ($p < 0,001$).

Em estudo realizado por Vieira (2010), os fatores geográficos dos serviços de saúde são grandes influenciadores na utilização dos mesmos, pois a utilização dos serviços próximos ao local de moradia muitas vezes não é eficiente, sendo necessário que os usuários se desloquem para áreas mais distantes. Segundo Silva et al. (2010), de acordo com a maioria da população de seu estudo, a distância entre as residências e o serviço de saúde está entre as dificuldades citadas relacionadas ao acesso aos serviços.

Na variável que se refere ao pagamento por consultas e exames, 246 (86,3%) dos participantes do estudo afirmaram nunca ter precisado pagar pela realização de exames ou consultas ($p < 0,001$), o que configura-se um facilitador do acesso. No quesito qualidade do atendimento realizado pelo profissional de saúde, 263 (92,3%) dos entrevistados classificaram o atendimento como sendo “muito bom” e “bom”, evidenciando satisfação quanto ao serviço de saúde. Já em relação a atitude que os participantes tiveram após a descoberta do diagnóstico, 257 (90,2%) deles resolveram aderir imediatamente aos cuidados com a infecção ($p < 0,001$).

A aceitação e adesão a este tipo de estratégia por parte dos usuários é permeada por muitos fatores, tais como a rapidez no acesso à terapêutica, a dinamização da forma de rastreio, a efetividade no controle e até mesmo por outros aspectos fundamentais como a relação profissional-usuário, que é estabelecida no intuito de acolhimento e estabelecimento de vínculos que possam fazer com que o usuário se sinta mais à vontade com o profissional. As construções destes vínculos objetivam uma maior abertura para que o cliente verbalize de forma fidedigna todos os aspectos importantes, relativos aos fatores de risco e de exposição

que possam interferir negativamente na terapia antirretroviral, o que revela a importância de uma assistência efetiva e de qualidade dos profissionais de saúde, visando maior adesão e satisfação dos usuários (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Silva (2016) afirma que a detecção e terapêutica tardia são fatores determinantes para um mau prognóstico e menores chances de resposta à terapia antirretroviral, no entanto, quanto mais precoce e ágil se apresentar esse processo, maior será a probabilidade de se manter uma qualidade de vida dentro dos limites impostos pela terapia. Mesmo havendo ainda algumas dificuldades, seja de implementação, insumos e recursos, é possível observar a enorme contribuição dos TR sobretudo quando se descentraliza essa espécie de ação para um ambiente que prioriza ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, como é o caso da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, a saúde pública mostra-se bastante eficaz em todo esse processo e na atenção em rede para detecção e tratamento do HIV/aids (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011).

A Saúde Pública reconheceu a gravidade do HIV/aids desde 1985, ano que foi criado o Programa Nacional da Aids, que visava o controle e diminuição de casos de HIV, por meio de normas e diretrizes para tal enfrentamento. Com as modificações proporcionadas pela Reforma Sanitária, as ações de enfrentamento dessa epidemia também sofreram alterações, pois ocorreu uma intensificação do reconhecimento da epidemia, podendo ser observado um aumento em larga escala do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais, política de tratamento e prevenção baseada na detecção precoce e ainda na oferta de tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente do seu estado imunológico. Dessa forma, esse monitoramento da epidemia no país está presente em todos os níveis de atenção à saúde, que devem ser capazes de rastrear, detectar e controlar o HIV/aids (BRASIL, 2014a).

Na Tabela 7, observa-se entre as variáveis, aquelas que apresentaram associação com o diagnóstico do HIV dos participantes do estudo. Observa-se que houve associação entre as variáveis, “motivo procurado para realizar teste do HIV” e a “atitude após a descoberta do diagnóstico” com a ocorrência ou não de diagnóstico tardio ($p < 0,001$).

Evidenciou-se que 69 (41,6%) dos participantes que buscaram o serviço por se apresentarem doentes com algum sintoma de aids foram diagnosticados tardiamente. Dessa forma, observa-se que os indivíduos apenas procuraram cuidados médicos quando estavam com a doença avançada, comprovando que as pessoas não se veem como vulneráveis diante do HIV/aids.

Tabela 7 – Associação dos fatores referentes ao acesso do serviço de saúde e a ocorrência do DT da infecção pelo HIV. (n=285). João Pessoa (PB), 2017.

Variáveis	Categorias	Diagnóstico Tardio		Não tardio		Valor-p (χ^2)
		n	%	n	%	
Motivo para realizar teste de HIV	Indicação médica	51	30,7	24	22,9	< 0,001
	Pré-natal	9	5,4	21	20,0	
	Suspeita após relação sexual desprotegida	1	0,6	3	2,9	
	Após relação sexual com parceiro HIV+	10	6,0	16	15,2	
	Apresentar-se doente	69	41,6	12	11,4	
	Para saber seu estado sorológico	22	13,3	27	25,7	
Outro	4	2,4	2	1,9		
Primeiro serviço de saúde procurado para realizar o teste de HIV	UBS/ USF	26	15,8	20	19,0	0,657
	Ambulatório de referência	1	0,6	1	1,0	
	SAE	29	17,6	15	14,3	
	Hospital Público	65	39,4	37	35,2	
	Hospital Privado	6	3,6	3	2,9	
	Consultório particular	20	12,1	14	13,3	
	Pronto-atendimento	2	1,2	1	1,0	
	CTA	2	1,2	6	5,7	
Outro	14	8,5	8	7,6		
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico	UBS/ USF	18	10,8	12	11,4	0,706
	Ambulatório de Referência	1	0,6	1	1,0	
	SAE	43	25,9	26	24,8	
	Hospital Público	73	44,0	39	37,1	
	Hospital Privado	4	2,4	6	5,7	
	Consultório particular	16	9,6	9	8,6	
	Pronto-atendimento	1	0,6	1	1,0	
	Outro	10	6,0	11	10,5	
Distância entre a casa e o serviço de saúde que diagnosticou o HIV/aids	Muito distante	36	21,7	25	23,8	0,217
	Distante	57	34,3	24	22,9	
	Regular	24	14,5	20	19,0	
	Próximo	37	22,3	32	30,5	
	Muito próximo	11	6,6	4	3,8	
	Ignorado	1	0,6	0	0,0	
Meio de transporte utilizado para ir até o serviço	Transporte público	82	49,4	65	61,9	0,093
	Automóvel próprio	33	19,9	19	18,1	
	Outros	51	30,7	21	20,0	

Atitude após descobrir o diagnóstico de HIV.	Resolveu aderir ao cuidado do serviço	153	91,6	91	86,7	
	Não buscou o cuidado por dificuldades de acesso ao serviço	0	0,0	1	1,0	< 0,001
	Não buscou o cuidado por negar a infecção e se sentir saudável	4	2,4	3	2,9	
	Não buscou o cuidado por medo da discriminação	8	4,8	7	6,7	
	Não buscou o cuidado por medo outras pessoas descobrirem	1	0,6	3	2,9	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Fernandes et al. (2009) afirmou que o DT do HIV/aids é considerado um fator de risco, principalmente quando a busca é mediada apenas pelo se sentir doente, uma vez que oferece risco ao próprio indivíduo e esse desconhecimento pode fazer com que a infecção chegue em um número maior de pessoas. Além do referido, o atraso no diagnóstico causará o início tardio da terapia antirretroviral, prejudicando a adesão ao tratamento e ocasionando prejuízos no manejo das reações adversas, a diminuição da eficácia da TARV, além de esquemas posológicos complexos.

Com a brusca queda no sistema imunológico, o indivíduo infectado pelo vírus começa a se sentir fraco e debilitado, sendo possível observar o adoecimento de forma evidente. O se sentir doente constitui fator determinante para procurar o serviço de saúde, pois mesmo já tendo se exposto a relações desprotegidas, o indivíduo só busca o serviço com o surgimento de sintomas, o que interfere negativamente na descoberta do diagnóstico, que se torna tardio, sobretudo quando se trata do público masculino, trazendo à tona toda a questão cultural sobre a masculinidade (MOREIRA; CARVALHO, 2016).

Conforme Geocze et al. (2010), após a descoberta do diagnóstico de HIV é o momento em que o indivíduo tem o maior impacto durante toda a infecção e também um momento decisório em que ele aceita a condição patológica e segue a terapia proposta ou ele nega essa condição e não adere ao tratamento antirretroviral. A depender da demora em todo o processo entre o diagnóstico o início da terapia é que será possível ter uma ideia da qualidade de vida daquele indivíduo.

Muitas pessoas vivem hoje uma vida considerada “normal”, mesmo fazendo uso da terapia, o que não era observado em tempos anteriores. Tal condição tem íntima relação com a rápida busca pelo serviço de saúde para o início imediato do tratamento. As mudanças no tratamento do HIV foram de extrema importância para se alcançar o modelo atual, onde não é visualizada apenas a imunodeficiência, mas todos os outros aspectos que envolvem o ser

humano, além de sua condição física, a espiritualidade, o psicológico, os seus valores e crenças enquanto um ser ativo e participativo do seu processo saúde-doença (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

Entre os participantes que se apresentaram tardiamente ao serviço de saúde, 65 (39,4%) deles optaram por procurar primeiro o hospital público para realizar o teste de HIV, contra 26 (15,8%) deles, que tiveram a UBS como primeira opção para a realização do teste. De acordo com Burns et al. (2008), em estudo realizado no Reino Unido, entre os diagnosticados tardiamente, os cuidados primários, em principal, e cuidados secundários, foram bastante usados antes do diagnóstico de HIV, o que caracteriza oportunidades perdidas para o rastreio e possível diagnóstico oportuno.

Na variável que retrata o serviço de saúde que realizou o diagnóstico, entre os participantes que apresentaram DT, 73 (44,0%) deles foram diagnosticados em um hospital público. O que condiz com a literatura existente, pois segundo Coul et al. (2016), os usuários que apresentaram DT, em sua maioria, foram diagnosticados no hospital público.

Do total de entrevistados com DT, 93 (56,0%) deles classificaram a distância entre a residência e o serviço de saúde, como “distante” e “muito distante”, o que pode ser um fator influenciador na busca pelo diagnóstico do HIV/aids. Dos participantes com DT, 82 (49,4%) deles relataram que o meio de transporte mais comumente utilizado é o transporte público.

O hábito de procurar ou não serviços de saúde em caso de necessidades pode relacionar-se tanto a fatores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços, uma vez que os usuários que procuram atendimento próximo a suas residências, muitas vezes vão caminhando, tendo um gasto financeiro nulo, comparados aqueles que precisam gastar com transporte para se deslocar até os serviços para conseguir atendimento (VIEIRA, 2010).

As desigualdades de acesso são vistas como um dos principais problemas a serem encarados. Não obstante a realidade injusta do acesso aos serviços de saúde, é plausível construir a conscientização cidadã, por fim ao conformismo social, através da emancipação de indivíduos históricos capazes de mudar essa realidade e, finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população (ASSIS; JESUS, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da problemática do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV é de extrema importância, tendo em vista que um diagnóstico em tempo oportuno contribui para uma melhor qualidade de vida das PVHA e para a redução da disseminação da infecção. Dessa forma, faz-se necessário investigar os fatores que influenciam a busca pelo diagnóstico, principalmente aqueles que estão relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, com o objetivo de conhecer melhor a problemática e propor estratégias que visem o diagnóstico precoce do HIV/aids.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos participantes eram homens, heterossexuais, desempregados, da cor parda, com mais de 12 anos de estudo, com renda familiar entre um a dois salários mínimos. A principal forma de contágio foi através da relação sexual. A maioria dos entrevistados tinham o diagnóstico do HIV há menos de um ano e iniciaram o tratamento em menos de um mês depois do diagnóstico.

Ressalta-se que mais da metade (58,3%) dos participantes do estudo deram entrada no serviço com LT-CD4+ abaixo de 350 células/mm³, o que caracteriza o DT da infecção pelo HIV e apresentando carga viral elevada. Entre os principais motivos para a busca pelos serviços para realizar o teste do HIV, estão a indicação de um profissional de saúde e por apresentarem-se doentes com sintomas de aids.

Os resultados evidenciaram que os indivíduos não reconhecem que estão em vulnerabilidade diante da doença e procuram cuidados quando já estão com o estado imunológico debilitado. Por outro lado, quase todos os entrevistados resolveram aderir aos cuidados após descobrirem o diagnóstico, o que mostra boa adesão ao tratamento. Entre os fatores que têm associação com a busca pelo diagnóstico, apontam-se o motivo para realizar o teste de HIV e a atitude após descobrir o diagnóstico.

Sabe-se que o acesso ao serviço de saúde deve ser de forma rápida e igualitária para todos os usuários. Entre os serviços mais procurados para realizar o diagnóstico, o hospital público foi o mais utilizado, desse modo, ressalta-se a importância de melhoria na promoção e prevenção de doenças e agravos realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Destarte, sugere-se que sejam criadas estratégias para mudar a realidade encontrada, enfocando nas populações alvo, uma vez que os indivíduos não reconhecem que estão em risco de contaminação. Deve-se elaborar novas formas de incluir esses indivíduos nos programas de atenção voltados para o HIV, ampliar a oferta de TR na atenção primária e realizar educação em saúde para toda a população. Enfatiza-se ainda a necessidade de realizar campanhas de educação em saúde voltadas para os homens heterossexuais, incluindo essa

população nas ações desenvolvidas na atenção primária, com o objetivo de despertar neles a importância dos cuidados com a saúde.

O presente estudo apresenta uma relevante contribuição para o conhecimento do atual cenário da epidemia, uma vez que o Estado da Paraíba tem elevada incidência de diagnóstico tardio do HIV/aids. Em suma, espera-se contribuir para a mudança deste panorama, com a melhoria das estratégias de enfrentamento da epidemia.

Entretanto, assinala-se que ocorreram dificuldades e limitações durante a execução da pesquisa, pois os dias sorteados não puderam ser cumpridos com exatidão, em face da logística de atendimento nos serviços, que em algumas datas não permitiu o acesso para entrevistar os usuários. Estes dias foram substituídos por outras datas que tornaram possível alcançar o tamanho da amostra previamente estabelecida. Além disso, devido à ocorrência de aproximadamente 15% de recusas em participar do estudo e à inexistência ou deficiência de registro dos dados nos prontuários, foi preciso prolongar o período de coleta dos dados.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas sobre a temática, a fim de aprofundar mais o conhecimento do problema e melhorar os índices de diagnóstico oportuno do HIV/aids no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.140-154, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://rbasp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/702> Acesso em: 22 de março de 2017.

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 2, p. 233-42, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2017.

ALMEIDA, F. M.; ALVES, M. T. S. S. B.; AMARAL, F. M. M. Uso de plantas com finalidade medicinal por pessoas vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. **Rev Saúde Soc**, v. 21, n. 2, p. 424-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200015 >. Acesso em: 16 de julho de 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, **Supl 1**, 2010. Disponível em: <<http://www.intmedpress.com/journals/avt/article.cfm?id=1525&pid=88&sType=AVT>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 6, nov.-dez, p. 1266-73, 2013.

ARAÚJO, C. L. F. et al. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o Acesso ao Diagnóstico do HIV entre a População Negra: uma análise qualitativa. **Saúde soc.** São Paulo, v.19, supl. 2. Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600009> Acesso em: 26 de março de 2017.

ARAÚJO, J. S. S. et al., Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200411>. Acesso em: 26 de março de 2017.

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. 558, 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-75, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2013. Disponível em: <http://ideme.pb.gov.br/servicos/perfis-do-idhm/atlasidhm2013_perfil_joao-pessoa_pb.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2017.

AVERT. **History of HIV and AIDS overview**. 2017. Disponível em: <<http://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview>>. Acesso em: 14 março de 2017.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2.ed. São Paulo, Santos. 2010.

BURNS, F. M. et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *Pub Med*. v. 22, n. 1, p. 115-22, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090399>>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids. **AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro**. 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Histórico do Programa Nacional de DST e Aids**. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/historico-do-programa-nacional-de-dst-e-aids>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf>. Acesso em: 25 de março de 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. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2014>>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_01_pdf_28749.pdf>. Acesso em: 27 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Primária: manual para equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58607/cartilha_cuidado_integral_02_2016_pdf_12277.pdf .>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf .>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Relatório do monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59290/relatorio_indicadores_web_pdf_19710.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **História da Aids**. 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>> Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaid> Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Centro de Testagem e Aconselhamento**. 2017c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento> Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Testagem para HIV**. 2017d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>> Acesso em: 27 de janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Formas de contágio**. 2017e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/formas-de-contagio>> Acesso em: 22 de junho de 2017.

CALVETTI, P.U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L.T. Qualidade de Vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 3, p. 523-30, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a13>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

CARRIZOSA, C. M. et al. Determinants and Prevalence of Late HIV Testing in Tijuana, Mexico. **AIDS PATIENT CARE And Stds**. v. 24, n. 5, 2010.

CELESIA, B.M. et al. Late presentation of HIV infection: predictors of delayed diagnosis and survival in Eastern Sicily. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**. v. 17, n. 16, p. 2218-24, 2013. Disponível em: < <http://www.europeanreview.org/article/4940> > acesso em: 30 de junho de 2017.

COSTA, T. L. et al. Qualidade de vida e pessoas vivendo com AIDS: relação com aspectos sociodemográficos e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 4, jul-ago, p. 582-90, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf> Acesso em: 23 de junho de 2017.

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, 2016. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e009688.full.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

DAI, S. Y. et al. Prevalence and Factors Associated With Late HIV Diagnosis. **Journal of Medical Virology**. v. 87, p. 970-77, 2015.

DELPPIERRE, C. et al. High-Risk Groups for Late Diagnosis of HIV Infection: A Need for Rethinking Testing Policy in the General Population. **AIDS PATIENT CARE and STDs**. v. 20, n. 12, 2016.

DOURADO, I. et al. What's pregnancy got to do with it? Late presentation to HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. **AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV**. v. 26, n. 12, p. 1514-20, 2014.

FERNANDES, J.R.M. et al. Início da terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v. 25, n. 6, p. 1369-80, 2009. Acesso em: 10 de julho de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600019

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.38, n.1, Abril,

2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100406&lang=pt > Acesso em: 23 de junho de 2017.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 743-9, 2010. Acesso em: 10 de julho de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400019

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6^a. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C. S.; WEBER, B. T.; ROSO, A. Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 21, n. 2, jul-dez, p. 1-11, 2013. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/4145/3810> >. Acesso em: 05 de junho de 2017.

GRANGEIRO, A. et al. Late entry into HIV Care: Estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003-2006. **PLoS ONE**, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0014585>>. Acesso em: 20 de março 2017.

GUERRA, L. E. P. et al. Intervenção educativa sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida em homens que fazem sexo com homens. **Acta Médica del Centro**. v. 7, n. 1, 2013. Disponível em:< http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/sida.htm >. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

GUIMARÕES, M. R. et al. Transição para estratégia de saúde da família: implicações no tratamento da tuberculose. **Revenferm UFPE online**. Recife, v.10, Supl. 2, p.788-95, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8411/pdf_9713>. Acesso em: 16 de março de 2017.

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: 16 de março de 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. **Nossa História**, 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/nossa-historia.>>. Acesso em: 22 de março de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades – João Pessoa**. IBGE, 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250750>>. Acesso em: 15 de março de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf> >. Acesso em: 25 de junho de 2017.

JOÃO PESSOA. **Distritos Sanitários**. 2017. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/>>. Acesso em: 29 de janeiro 2017.

JUNIOR, J. S. M.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 2, p. 511-20, 2012.

LIMA, F. H. R. **A construção do preconceito no sujeito portador de HIV: o poder do discurso midiático na representação do estigma social**. Dissertação, 132 f.

LORETO, S.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M.; A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.actafarmacaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/18>. Acesso em: 20 de março de 2017.

MACIEL, J. Os desafios do serviço social nos centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids: a experiência do município de Imbituba. Monografia (TCC). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial284006.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

MAPAS da Paraíba. 2017. Disponível em: <<http://mapasblog.blogspot.com.br/2011/12/mapas-da-paraiba.html>> Acesso em: 20 de março de 2017. Acesso em: 22 de março de 2017.

MARQUES, B. G. **Fatores que influenciam o diagnóstico tardio de HIV/AIDS: um olhar sociológico de casos em Porto Alegre**. 58 f, Monografia (TCC) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

MARTINS, J. C. L.; CRUZEIRO, M. M.; PIRES, L. A. Neurotoxoplasmose e Neurocisticercose em Paciente com AIDS - Relato de Caso. **Rev Neurocienc**. v. 23, n. 3, p. 443-50, 2015. Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2303/relato_de_caso/1043rc.pdf. Acesso em: 07 de janeiro de 2017.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.11, p. 2903-12, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>. >Acesso em: 22 março 2017.

MOCROFT, A. et al. Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). **PLOS Medicine**. Set. 2013. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001510>. >. Acesso em: 22 de março de 2017.

MORENO, D. M. F. C. Revelação do diagnóstico da Infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Rev Temas em Psicologia**, v. 21, n.3, p. 591-609, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003>. Acesso em: 12 de julho de 2017.

MOREIRA, A. L. Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, 2013.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção Integral à saúde do homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Sau. & Transf. Soc**, v. 7, n. 3, p. 121-32, 2016. Acesso em: 17 de julho de 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3660>

OLIVA, J. et al. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España, 2004-2009. **Gac Sanit.** v. 26, n. 2, p. 107-15, 2012. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/es/incidencia-nuevos-diagnosticos-vih-espana/articulo/S0213911111003013/>>. Acesso em: 30 de maio de 2017.

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*. Rio de Janeiro. v.25, supl.2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400008.> Acesso em: 25 de março de 2017.

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**. São Paulo, v. 45, n.4, Ago, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400015>. Acesso em: 3 de julho de 2017.

PARAÍBA. **Objetivos do SAE**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/sae.shtml>. Acesso em: 15 de janeiro de 2017.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. [reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PINTO, A. G. S. et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **J bras Doenças Sex Transm**. v. 19, p. 45-50, 2007.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & saúde coletiva**. v. 15, n. supl, p. 1201-08, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029 Acesso em: 15 de julho de 2017.

REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 3,

set, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300030 >. Acesso em: 30 de junho de 2017.

SAID, A.P.; SEIDL, E.M.F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface**. Botucatu, v.19, p. 467-78, 2015.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300467&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de março de 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf> . Acesso em: 15 de março de 2017.

SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.22, n.1, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100009&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 15 de julho de 2017.

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. V. M.; VARGENS, O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. **Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre**, v. 31, n. 3, p. 450-7, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n3/v31n3a07> > Acesso em: 30 de junho de 2017.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, Out./Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400011&script=sci_arttext> . Acesso em: 15 de março de 2017.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. supl, p. 58-62, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/83> >. Acesso em: 15 de julho de 2017.

SILVA, I.T.S. **Cartografia da implementação do teste rápido anti-hiv na estratégia saúde da família**. Dissertação, 107 f., 2016.

SILVA, L.C. et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 18, n. 4, p. 821-33, 2015.

SILVA, M. J. G. da.; 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**. São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 109-120, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/11.pdf>>. Acesso em: 3 de Julho de 2017.

SOARES, K. M. S.; SILVA, J. A. Masculinidade e HIV/AIDS: a construção de uma articulação entre a saúde reprodutiva com as categorias “raça” e gênero. **17º Encontro**

Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. Dez, 2012. Disponível em:

<<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/53/195>>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

SOUSA, A. C. A.; DUARTE, L. R.; COSTA, S. M. L. Análise epidemiológica dos pacientes HIV-positivo atendidos em hospital de referência da rede pública de João Pessoa – PB. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, v. 20, n. 3-4, p. 167-72, 2008.

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

STEIN, R. et al. HIV Testing, Linkage to HIV Medical Care, and Interviews for Partner Services Among Youths — 61 Health Department Jurisdictions, United States, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands, 2015. **Centers for Disease Control and Prevention.** v. 66, n. 24, p. 629-35, 2017. Disponível em: <
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6624a2.htm>> Acesso em: 30 de junho de 2017.

SUN, J. et al. Trends in baseline CD4 cell counts and risk factors for late antiretroviral therapy initiation among HIV-positive patients in Shanghai, a retrospective cross-sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 285, 2017. Disponível em: <
<https://bmcinfctdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-017-2398-5?site=bmcinfctdis.biomedcentral.com> > Acesso em: 10 de julho de 2017.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da incidência de HIV em dois municípios brasileiros, 2013. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.50, set, 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102016000100240>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 1, s 4-5, 2011. Disponível em: <
http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s1/pt_01.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 20. n. 2. p. 190-198, 2004. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 16 de março de 2017.

UNAIDS. **Countries ready to “Fast Track” response to end the AIDS epidemic by 2030.** Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em:

<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/september/20140925_pr_fast_track>. Acesso em: 15 de março de 2017.

_____. **How aids changed every thing: MDG 6 15 years, 15 lessons of hope from the aids response.** 2015a. Disponível em:

<http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

_____. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2015b.** Disponível em:< http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2017.

VALENTINI, M. B. et al. Avaliação da apresentação atrasada para o tratamento do HIV em um centro de referência em Belo Horizonte, Sudeste do Brasil, de 2008 a 2010. **Revista Brasileira de Doenças Infecciosas**. Salvador, v. 19, n. 3, mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702015000300253>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M.H.P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 20, n. especial, p. 138-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500018> Acesso em: 16 de julho de 2017.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 1, p.100-112, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de Atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: < <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/650M.PDF> >. Acesso em: 10 de julho de 2017.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, p. 271-7, mar-abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

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, p. 229-40, out/dez. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/261/26142936004.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.

WHO. **HIV/AIDS**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>>. Aceso em: 15 de dezembro de 2016.

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: _____	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
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? _____	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
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	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 6 <input type="checkbox"/> Aposentado 7 <input type="checkbox"/> Subsidiado

	8 <input type="checkbox"/> Outro _____
9. Local de moradia: 1 <input type="checkbox"/> Casa/ apartamento próprio 2 <input type="checkbox"/> Casa/ apartamento alugado 3 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/abrigo/outros) 4 <input type="checkbox"/> Morador de rua 5 <input type="checkbox"/> Outro _____ 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	10. Zona: 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural
11. Número de cômodos na casa: 1 <input type="checkbox"/> 01 cômodo 2 <input type="checkbox"/> 02 cômodos 3 <input type="checkbox"/> 03 cômodos 4 <input type="checkbox"/> 04 cômodos 5 <input type="checkbox"/> 05 ou mais cômodos 12. Seu domicílio possui esgotamento sanitário adequado (rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 13. Possui acesso à água encanada no domicílio? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	14. Possui coleta de lixo regular em seu domicílio? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 15. A rua do seu domicílio é pavimentada? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 16. Tem telefone celular móvel para uso pessoal? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 17. Utilizou internet nos últimos três meses? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
18. Tipo de transporte que utiliza: 1 <input type="checkbox"/> Transporte público 2 <input type="checkbox"/> Automóvel/ motocicleta próprio 3 <input type="checkbox"/> Outro _____	19. Cobertura de plano de saúde: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
20. Renda mensal familiar: _____	21. Orientação afetivossexual: 1 <input type="checkbox"/> Heterossexual 2 <input type="checkbox"/> Homossexual 3 <input type="checkbox"/> Bissexual 4 <input type="checkbox"/> Outro _____ 5 <input type="checkbox"/> Não respondeu
22. Alguma vez já teve infecção sexualmente transmissível (IST/DST)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 22.1 Se sim, qual? Sífilis 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Gonorreia 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim HPV 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Herpes genital 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Hepatite B 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Outra 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____ Não sabe/Não lembra 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Nenhuma 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim 23. Utiliza tabaco fumado? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	24. Nos últimos 30 dias, o (a) senhor (a) chegou a consumir 5 ou mais doses (homem) / 4 ou mais doses (mulher) de bebida alcoólica (lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) em uma única ocasião? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 25. Já utilizou drogas ilícitas alguma vez? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

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 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.

ANEXOS

ANEXO A – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

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: 62201918.6.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.870.281

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 Giamé e Veil (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 30305

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4832

E-mail: cep@ppq.ufmg.br

Continuação do Protocolo: 1.679/2011

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 antirretroviral. A amostra total será constituída por 360 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 Acl. 31.202-5
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-601
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31) 3409-4503 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 14/02/2018

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:

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.

Dedicação 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. Alcides Carneiro 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 1ª Acl. Sl. 3005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3409-4332 E-mail: coep@ceop.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 1.879/2018

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	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825580.pdf	18/11/2018 15:32:14		Aceito
Outros	Autorizacao_instituicaoUFMG.pdf	18/11/2018 15:30:33	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versao_final.pdf	18/11/2018 15:28:06	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Declaracao_divulgacao_resultados0001.pdf	18/11/2018 15:22:08	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Anuencia_HospitalClementinoFraga.pdf	18/11/2018 15:21:23	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_CampinaGrande.pdf	18/11/2018 15:20:40	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SantaRita0001.pdf	18/11/2018 15:19:35	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_HUAC.pdf	18/11/2018 15:18:53	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_HULW.pdf	18/11/2018 15:17:08	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Cabelelo.pdf	18/11/2018 15:16:03	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisadores0001.pdf	18/11/2018 15:15:16	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_pesquisadoraresponsavel0001.pdf	18/11/2018 15:14:52	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2018 15:14:19	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	18/11/2018 15:13:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	822010166parecer.pdf	18/12/2018 10:09:06	Vivian Resende	Aceito
Outros	822010166aprovacao.pdf	18/12/2018 10:09:19	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 1ª Ad. 31285-900
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: conep@pppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



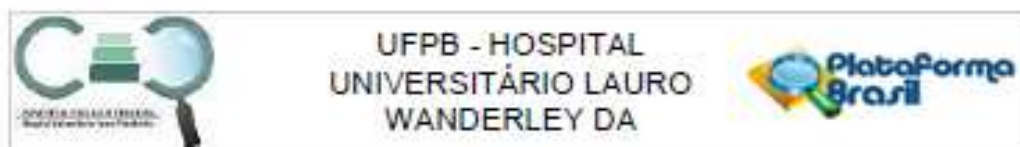
Continuação do Parecer: 1.4/2016

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar 31202-900
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3439-4532 E-mail: corp@corp.ufmg.br



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: 62201916.6.3002.5183

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.932.530

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que tem como pesquisadora responsável Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas e como integrantes da equipe de pesquisa a pós-Graduada Luana Carla Santana Oliveira, Jorge Gustavo Velásquez Meléndez, e os graduandos Anna Karolina Bezerra da Silva, Francisca Kelle de Sousa Ferreira e João Paulo Franco de Azevedo. O projeto está vinculado ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (Doutorado Interinstitucional em Enfermagem DINTER UFMG/UFMG), aprovado em primeira versão pelo parecer de número 1.850.300 do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. O estudo objetiva 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.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 1.932.530

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 Glaser e Veil (1997). Esta pesquisa será realizada no Estado da Paraíba, em seis Serviços de Assistência 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 antirretroviral. 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.

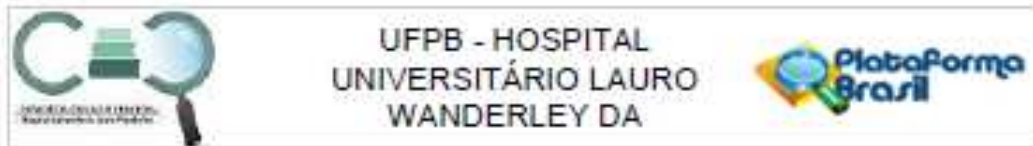
Objetivo da Pesquisa:

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.

Objetivos Secundários:

- 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 a síndrome; • Interpretar representações de sujeitos com HIV/aids relacionadas ao atraso

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7984 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 1.932.530

no diagnóstico da infecção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Cita-se como provável risco relacionado à participação na pesquisa o constrangimento, uma vez que serão abordadas questões relacionadas à sexualidade. Em relação aos benefícios, 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 projeto de pesquisa está instrumentalizado com os documentos necessários à sua apreciação, apresenta relevância científica e viabilidade metodológica que justificam seu desenvolvimento, obtendo aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, além do projeto detalhado, cronograma de execução e previsão de orçamento para o estudo, TCLE e folha de rosto devidamente assinada pela Instituição proponente, instrumento de coleta de dados, roteiro de entrevista, cartas de anuência das instituições co-participantes devidamente apresentadas e termos de compromisso do pesquisador responsável.

Recomendações:

Que a equipe de pesquisa cumpra, em todas as fases do estudo, a metodologia proposta e aprovada pelo CEP/UFMG e referendada pelo CEP/HU, e em caso de intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável solicite a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou busque as devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto e documentos relacionados estão devidamente apresentados em observâncias aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sou de parecer favorável a sua aprovação, referendando o parecer emitido pelo CEP/UFMG de Nº. 1.850.300.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 14 de fevereiro de 2017.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.055-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3218-7984 Fax: (83)3218-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 1.602.550

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- . O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.
 - . Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.
 - . O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.
 - . O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
 - . Eventuais modificações – EMENDAS – ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
 - . Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.
- O pesquisador deverá apresentar Relatório parcial no curso do estudo, e Relatório final em no máximo 30 dias após o seu término ao CEP/HULW, via Plataforma Brasil, para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.

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_625560.pdf	18/11/2016 15:32:14		Aceito
Outros	Autorizacao_InstituicaoUFMG.pdf	18/11/2016 15:30:33	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_versao_final.pdf	18/11/2016	Maria Imaculada de	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPA.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-600
UF: PA Município: JOAO PESSOA
Telefone: (81)3216-7964 Fax: (81)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpa.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer 1.932.530

/ Brochura Investigador	Projeto-versao_final.pdf	15:28:06	Fátima Freitas	Aceito
Outros	Declaracao_divulgacao_resultados0001.pdf	18/11/2016 15:22:08	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_pesquisadorarepsonsavei0001.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

JOAO PESSOA, 19 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3215-7964 Fax: (83)3215-7522 E-mail: comitedetica@hulw.ufpb.br