



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

FRANCISCA KELLE DE SOUSA FERREIRA

**SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E O DIAGNÓSTICO
TARDIO DA INFECÇÃO**

CUITÉ
2017

FRANCISCA KELLE DE SOUSA FERREIRA

**SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E O DIAGNÓSTICO
TARDIO DA INFECÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso Bacharelado em Enfermagem, da
Universidade Federal de Campina Grande,
Campus Cuité, em cumprindo 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

F383s Ferreira, Francisca Kelle de Sousa.

Sexualidade de pessoas que vivem com HIV - AIDS e o diagnóstico tardio da infecção. / Francisca Kelle de Sousa Ferreira. – Cuité: CES, 2017.

104 fl.

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

Orientadora: Luana Carla Santana Oliveira.

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

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.9

DEDICATÓRIA

A Deus, por sempre me iluminar e guiar, a ele toda honra, glória e gratidão!

Ao meus pais e a meus irmãos, por serem a minha fonte de amor e o meu porte seguro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser sempre meu guia e meu refúgio, por ser a minha base em tudo, por todas as vezes em que estive longe de casa e me senti sozinha e o teu abraço me curou, arrancou de mim o medo e me fez forte para continuar na minha caminhada.

A minha Mãezinha Joana Olinta, que foi meu primeiro incentivo, minha primeira professora, por todo amor e toda dedicação destinados a mim, por sempre fazer das minhas lutas as suas lutas, por toda doação, a quem devo toda minha gratidão sem a senhora esse sonho não seria possível.

Ao meu pai Manoel, por ser um exemplo na minha vida, por todo incentivo e por nunca ter me deixado desistir de lutar pelo meus sonhos.

Aos meu irmãos Francisco, Fagristia Dangel e Neuma por toda cumplicidade, incentivo e apoio de vocês, por estarem sempre ao meu lado e não medirem esforços para me ajudar.

Ao meu namorado Jardson, por toda paciência e compreensão, por todo amor demonstrado durante essa trajetória.

A minha sobrinha vitória, por ser tão pequena e me ensinar tanto, por nossa relação de cumplicidade, por todo afeto e amor demonstrado durante toda essa trajetória.

Aos meus amigos e colegas de curso por todo incentivo e apoio durante essa trajetória.

A minha orientadora Luana Oliveira, que desempenhou papel fundamental nessa conquista, sou muito grata por todos os ensinamentos, pela paciência e compreensão, obrigada por tudo.

Aos pacientes atendidos no SAE do HUAC e no SAE municipal de Campina Grande, que contribuíram com essa pesquisa, obrigada pela confiança, pelas histórias, pelas lições de vida compartilhadas.

*“A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe para perto de mim.
Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera, a vida já ficou pra trás [...].”*

(Ana Vilela)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A aids representa um preocupante e grave problema de saúde pública. Apesar dos benefícios proporcionados pela terapia antirretroviral, muitas pessoas são diagnosticadas tardiamente. O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV diminui a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, eleva a mortalidade e contribui para a disseminação do vírus. Dentre os fatores associados à ocorrência do diagnóstico tardio, ressalta-se aqueles relacionados à sexualidade das pessoas acometidas. **OBJETIVO:** Analisar fatores referentes à sexualidade de pessoas que vivem com o HIV/aids e sua associação com o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV. **MÉTODO:** Esta pesquisa é um recorte de um projeto mais amplo, intitulado “Diagnóstico tardio de infecção pelo HIV: trajetórias e perspectivas de pessoas que vivem com o HIV/aids.” Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo epidemiológico, observacional, analítico e transversal. Foi desenvolvido em Campina Grande-PB. A amostra foi constituída por 72 participantes, atendidos no Serviço de Assistência Especializada do Hospital Universitário Alcides Carneiro e no Serviço de Assistência Especializada municipal. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2017, por meio de um questionário aplicado com entrevista. Os dados foram armazenados e analisados no Software SPSS statistics, versão 20.0, estimando-se inicialmente a prevalência do diagnóstico tardio da infecção por HIV, em seguida foi medida a associação das variáveis de exposição com os desfechos, e realizada a discussão dos resultados obtido. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados obtidos foram representados por meio de tabelas e discutidos conforme a literatura publicada acerca do tema. Como resultados, ressaltam-se os seguintes: do total de participantes, 33 (45,8%) referiram ser do gênero feminino e 38 (52,8%) do gênero masculino; das mulheres entrevistadas, 26 (76,5%) delas assinalaram que não estavam grávidas no momento do diagnóstico; 30 (41,7 %) dos participantes referiram estar solteiros no momento do diagnóstico e 31 (43,1%) estavam casados ou em união estável, e, atualmente, 35 (48,6%) dos participantes da pesquisa estavam solteiros e 22 (30,6 %) estavam casados ou em união estável; 44 (61,1%) referiram ter pelo menos um filho; 53 (73,6%) dos entrevistados referiram ser heterossexuais, 13 (18,1%) declararam ser homossexuais e 6 (8,3%) bissexuais; no que se refere à ocorrência de ISTs, 29 (40,3%) dos entrevistados já tiveram alguma IST; em relação ao modo de transmissão, a via sexual foi a mais prevalente, relatada por 68 (94,5%) dos participantes da pesquisa; 62,5% apresentaram diagnóstico tardio ou muito tardio; quanto à ocorrência de atraso no diagnóstico, indivíduos que namoraram pela primeira vez com idade entre 13 e 17 anos foram os que apresentaram maior ocorrência de diagnóstico tardio, correspondendo a 73,3%; houve mais casos de atraso no diagnóstico em pessoas que tiveram a primeira sexarca com idade entre 13 e 17 anos, valor correspondente a 55,6%; em relação à quantidade de parceiros sexuais durante a vida, os entrevistados que tiveram dez ou mais parceiros sexuais foram diagnosticados mais tardiamente, correspondendo a 48,9%; a ocorrência de diagnóstico tardio foi mais elevada em indivíduos que declararam nunca ter se relacionado com pessoas do mesmo sexo, correspondendo a 66,7%; a ocorrência de atraso no diagnóstico foi consideravelmente elevada em indivíduos que afirmaram nunca procurarem o serviço para se submeterem ao teste de HIV após relações sexuais desprotegidas, correspondendo a 91,1%; quanto aos motivos que influenciaram a não utilização do preservativo, as respostas mais mencionadas foram: a confiança no parceiro, ter parceiro fixo e estar há muito tempo com mesmo parceiro. **CONCLUSÃO:** A principal via de transmissão foi a sexual, e a maioria das Pessoas Vivendo com HIV/aids entrevistadas apresentaram diagnóstico tardio (62,5%) e carga viral elevados no momento do diagnóstico.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida. Vírus da imunodeficiência humana. Diagnóstico tardio. Sexualidade.

ABSTRACT

INTRODUCTION: AIDS represents a serious and serious public health problem. Despite the benefits of antiretroviral therapy, many people are diagnosed late. Late diagnosis of HIV infection decreases the quality of life of people living with HIV / AIDS, increases mortality and contributes to the spread of the virus. Among the factors associated with the occurrence of late diagnosis, we highlight those related to the sexuality of people affected. **OBJECTIVE:** To analyze factors related to the sexuality of people living with HIV / AIDS and its association with the late diagnosis of HIV infection. **METHOD:** This research is a cross-cutting of a broader project entitled "Late diagnosis of HIV infection: trajectories and perspectives of people living with HIV / AIDS." This is a quantitative, epidemiological, Observational, analytical and transverse. It was developed in Campina Grande-PB. The sample consisted of 72 participants, attended at the Specialized Assistance Service of the University Hospital Alcides Carneiro and the Specialized Municipal Assistance Service. Data collection was performed in April and May of 2017, through a questionnaire applied with interview. The data were stored and analyzed in Software SPSS statistics, version 20.0, initially estimating the prevalence of late diagnosis of HIV infection, followed by the association of the exposure variables with the outcomes, and a discussion of the results obtained. **RESULTS AND DISCUSSION:** The results obtained were represented by tables and discussed according to published literature on the subject. As a result, the following stand out: of the total number of participants, 33 (45.8%) reported being of the female gender and 38 (52.8%) of the male gender; Of the women interviewed, 26 (76.5%) of them reported that they were not pregnant at the time of diagnosis; 30 (41.7%) of the participants reported being single at the time of diagnosis and 31 (43.1%) were married or in a stable union, and currently 35 (48.6%) of the participants were single and 22 (30.6%) were married or in stable union; 44 (61.1%) reported having at least one child; 53 (73.6%) of the respondents reported being heterosexual, 13 (18.1%) declared to be homosexual and 6 (8.3%) were bisexual; With regard to the occurrence of STIs, 29 (40.3%) of the interviewees already had some STIs; In relation to the mode of transmission, sexual intercourse was the most prevalent, reported by 68 (94.5%) of the study participants; 62.5% presented late or late diagnosis; As for the occurrence of delayed diagnosis, individuals who dated for the first time between the ages of 13 and 17 years had the highest occurrence of late diagnosis, corresponding to 73.3%; There were more cases of delayed diagnosis in people who had the first gender with age between 13 and 17 years, corresponding to 55.6%; In relation to the number of sexual partners during the life, the interviewees who had ten or more sexual partners were diagnosed later, corresponding to 48.9%; The occurrence of late diagnosis was higher in individuals who declared never to have been related to persons of the same sex, corresponding to 66.7%; The occurrence of delayed diagnosis was considerably higher in individuals who reported never seeking the service to undergo HIV testing after unprotected intercourse, corresponding to 91.1%; As to the reasons that influenced the non-use of the condom, the most mentioned responses were: trust in the partner, having a fixed partner and having been with the same partner for a long time. **CONCLUSION:** The main route of transmission was sexual, and the majority of people living with HIV / AIDS interviewed had late diagnosis (62.5%) and high viral load at the time of diagnosis.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome. Human immunodeficiency virus. Late diagnosis. Sexuality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa da divisão geoadministrativa do município de Campina Grande-PB.....	32
QUADRO 1 – Distribuição da população e da amostra do estudo, com destaque para o estrato de Campina Grande-PB.....	34
QUADRO 2 – Descrição das variáveis de exposição.....	36

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).....	41
TABELA 2 – Categoria de exposição e o diagnóstico da infecção pelo HIV, segundo os valores de linfócitos T CD4+ e carga viral. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).....	46
TABELA 3 – Fatores relacionados à sexualidade das pessoas vivendo com HIV/aids. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).....	48
TABELA 4 – Práticas referentes à sexualidade dos participantes da pesquisa e o diagnóstico da infecção pelo HIV. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).....	52
TABELA 5 – Práticas relacionadas à sexualidade dos entrevistados e a associação com diagnóstico tardio ou não tardio da infecção pelo HIV. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

ARV– Antirretrovirais

APROS/PB – Associação das Prostitutas da Paraíba

AZT– Zidovudina

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DT – Diagnóstico Tardio

FO – Fluído Oral

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids

GIV – Grupo de Incentivo à Vida

GTP+ – Grupo de Trabalhos em Prevenção Positivo

HIV– Human Immunodeficiency Vírus

HSH – Homens que fazem Sexo com Homens

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LT-CD4+ – Linfócitos T CD4 +

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização não governamental

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TR – Teste Rápido

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/aids

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

USF– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL E POLITICAS PÚBLICAS PARA SEU ENFRENTAMENTO.....	22
3.2 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV: MÉTODOS E DESAFIOS.....	25
3.3 CONCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E PERSPECTIVAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS.....	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	32
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	35
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	35
4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E O DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS.....	41
5.2 SEXUALIDADE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E A ASSOCIAÇÃO COM O DIAGNOSTICO TARDIO DA INFECÇÃO PELO HIV.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	79
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	86
ANEXOS.....	89

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO.....	90
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.....	99

1 Considerações Iniciais

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O Brasil tem sido destaque entre os países em desenvolvimento no controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a população brasileira tem acesso a medicamentos antirretrovirais de forma universal e gratuita. Além disso, possui eficiente arsenal diagnóstico e terapêutico, com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços e com financiamento para pesquisas, que tem permitido o aprimoramento constante dos programas voltados para o controle da epidemia (TANCREDI, 2010; GRECO, 2016).

Embora o Brasil seja referência no cenário internacional para outros países, a aids representa um preocupante e grave problema de saúde pública, caracterizando-se como uma epidemia com rápida disseminação e agravamento (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). No final de 2015, havia aproximadamente 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, ocorreram 2,1 milhões de novas infecções pelo vírus e 1,1 milhões de pessoas morreram em decorrência da aids. Na América Latina e Caribe, em 2015, havia 2,0 milhões de pessoas vivendo com HIV, ocorreram aproximadamente 100 mil novos casos e 50 mil pessoas morreram em decorrência da doença (UNAIDS, 2016a).

Por ser o país mais populoso da América Latina, o Brasil é também o que mais concentra casos de novas infecções pelo HIV no continente, respondendo por 40% dos novos casos (UNAIDS, 2016b). Desde o início da epidemia de aids no Brasil, até junho de 2016, foram registrados no país 842.710 casos de aids. Neste mesmo período, as regiões brasileiras que mais apresentam casos de aids são o Sudeste e o Sul, equivalendo a 53,0% e 20,1% do total de casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado anualmente, uma média de 41,1 mil casos. Desde o início da epidemia até dezembro de 2015 foram identificados 303.353 óbitos tendo como causa básica a aids (BRASIL, 2016a).

A região Nordeste até junho de 2016, registrou cerca de 15,1% do total de casos no país. Nos últimos cinco anos, o Nordeste tem registrado anualmente cerca de 8,6 mil casos. A região apresenta uma tendência linear de crescimento significativo na taxa de detecção da síndrome, correspondendo a 15,3 casos para cada 100 mil habitantes em 2015. Além disso, observa-se aumento de 34,3% no coeficiente de mortalidade nos últimos dez anos, passando de 3,4, em 2006, para 4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2016a).

Na Paraíba, foram notificados 7.572 casos de aids desde o início da epidemia até 2016. Neste ano, foram registrados 185 casos da doença, quanto a mortalidade foram notificados 160 óbitos ocasionados pela aids em 2015. A taxa de detecção corresponde a 14,0/100.000

habitantes (BRASIL, 2016a). Os cinco municípios da Paraíba que apresentaram o maior número de casos de aids acumulados, até junho de 2010, foram: Joao Pessoa (2.091), Campina Grande (692), Santa Rita (189), Bayeux (170) e Cabedelo (137) (BRASIL, 2011).

Esses indicadores epidemiológicos podem ser melhorados com a adoção de medidas de prevenção. A infecção pelo HIV pode ser evitada com uso de preservativos que são distribuídos gratuitamente pelo SUS. Destaca-se também a relevância dos serviços de testagem e aconselhamento, proporcionando à população acesso oportuno ao diagnóstico (HAAG, 2012).

O diagnóstico e o tratamento tardio quase sempre resultam em perdas de oportunidades para prevenir comorbidades, resultando no agravamento da doença, e culminando muitas vezes com o óbito do paciente. As vantagens de detectar precocemente a infecção incluem a possibilidade de cura funcional, diminuição da carga viral minimizando o risco de transmissão e diminuindo o risco de morte (BARTLETT, 2013; CHADBORN et al., 2006).

Apesar dos benefícios proporcionados pela terapia antirretroviral (TARV), muitas pessoas são diagnosticadas tardiamente, apresentando risco elevado de desenvolver comorbidades e de morte. O atraso no diagnóstico da infecção pelo HIV, é uma das causas responsáveis pela incidência e mortalidade associadas a aids. O DT constitui um importante entrave para a prevenção e controle da disseminação da infecção (MOREIRA, 2013).

A expansão da oferta do teste pode proporcionar à população o diagnóstico em tempo oportuno, contribuindo para que o tratamento seja iniciado precocemente, evitando adoecimento e possibilitando qualidade de vida e de sobrevivência ao indivíduo soropositivo (SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013).

Pesquisa realizada no Brasil, evidenciou que pessoas com HIV que iniciaram o tratamento tardiamente, quando comparadas com aquelas que tiveram acesso oportuno à terapia, possuem risco de morte consideravelmente elevado (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015). O diagnóstico da infecção pelo HIV é considerado como muito tardio, quando a contagem de CD4 é inferior a 200 células/ mm³ ou na presença de doença definidora de aids no exame inicial, ou em casos de surgimento de uma doença oportunista entre três meses de diagnóstico. O diagnóstico tardio (DT) é determinado pela contagem de CD4 inferior a 350 células/ mm³ (GRANJEIRO et al., 2011; HALL et al., 2013).

No Brasil, em 2015, 25% das Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) tiveram acesso tardio ao diagnóstico da infecção pelo HIV, com base no critério de contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³. Este percentual alcançou as proporções preocupantes de 42% e de 60%, ao considerar os parâmetros de CD4 inferior a 350 células/ mm³ e inferior a 500 células/mm³, nesta ordem (BRASIL, 2015a).

Pesquisas realizadas em outros países analisaram a ocorrência de diagnósticos tardios em pessoas com HIV. Com base em um estudo realizado na China, dos 899 participantes, 72,6% foram diagnosticados tardiamente, dentre os fatores associados ao atraso no diagnóstico, foram apontados: os pacientes que acreditavam não estarem em risco, por confiar em seus parceiros heterossexuais regulares, além daquelas pessoas que não consideravam importante se submeter a testagem, e indivíduos que foram diagnosticados inesperadamente, enquanto procuravam o serviço por outros motivos (DAI et al., 2015).

A cidade de Tijuana no México tem uma das mais elevadas taxas de incidência e mortalidade de aids em todo país. Um estudo realizado no local mostrou que 43,2% dos participantes da pesquisa obtiveram DT (CARRIZOSA et al., 2010) Uma alta prevalência de DT foi registrado em um estudo realizado na Etiópia, em que 68,8% dos participantes encontravam-se em atraso para o diagnóstico da infecção (ASSEN et al., 2016).

Pesquisas revelam que existem diversos fatores que tornam o indivíduo mais predisposto ao DT de HIV/aids, como as condições de moradia, a baixa escolaridade, e pertencer ao gênero masculino. O gênero pode ser considerado um fator condicionante para o DT. A força associada à masculinidade pode dificultar o reconhecimento da vulnerabilidade, pelo fato de estar doente ser sinal de fragilidade, o que pode fazer com que o homem adie a procura pelo serviço de saúde, acarretando atraso no diagnóstico (MARQUES, 2015). O medo do estigma e discriminação é apontado como fator associado ao DT, associando-se também o retardo no diagnóstico à pessoas que fazem uso de drogas injetáveis (GUTIÉRREZ; PÉREZ, 2009).

A infecção pelo HIV é um agravo que tem como principal via de transmissão a sexual, sendo uma das principais formas de disseminação da doença e, por este motivo, torna-se relevante entender os aspectos relacionados ao exercício da sexualidade de pessoas soropositivas. O fato da infecção pelo HIV ser de caráter transmissível e incurável, determina a necessidade de modificações e adaptações na vivência da sexualidade desses indivíduos. Essas mudanças causam impacto no relacionamento e no comportamento afetivo-sexual, podendo ocorrer tanto abstinência sexual, como também atitudes de negação do risco de transmissão da doença (CARVALHO et al., 2013).

A sexualidade humana permeia-se por um conjunto de valores socioculturais e pessoais, ao envolver questões de identidade sexual, gênero, orientação sexual, erotismo, relações afetivo-sexuais e reprodução. Além disso, pode ser expressa por meio de desejos, crenças, pensamentos, práticas e relacionamentos (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

A vivência da sexualidade de PVHA é considerada bastante desafiante, e requer adaptações, principalmente em casos de relações com pessoas soronegativas, podendo muitas vezes ser permeada por medos, conflitos e sentimento de culpa. O reconhecimento da possibilidade de transmissão do HIV ao parceiro sexual, torna-se um fato rotineiro na vida de pessoas portadoras do vírus, e o medo de transmissão pode muitas vezes estar relacionado ao desconhecimento das formas de transmissão do HIV (REIS; GIR, 2011).

Aspectos inerentes à sexualidade estão associados ao DT da infecção pelo HIV. De acordo com Bastos et al. (2013), mulheres casadas ou em união consensual estão mais predispostas ao DT da infecção pelo HIV, pois sentem segurança em suas relações conjugais, confiam na fidelidade do parceiro e, assim, não se consideram em risco para infecção pelo HIV, atribuindo a vulnerabilidade apenas aos grupos de risco. Além disso, profissionais do sexo, transgêneros e homens que fazem sexo com homens (HSH) estão mais propensos a serem diagnosticados tardiamente (GUTIÉRREZ; PÉREZ, 2009). Segundo Delpierre et al. (2006), homens heterossexuais casados e com filhos, possuem maior risco de DT da infecção por HIV, quando comparados a homens solteiros sem filhos.

Conforme Silva, Oliveira e Sancho (2013), muitos aspectos influenciam os indivíduos na tomada de iniciativa para realizar o teste de HIV, como a percepção da necessidade e a motivação para realizar a testagem, as quais são influenciadas por valores e possíveis temores relacionados a resultados reagentes. As campanhas ou incentivo à realização da testagem anti-HIV nem sempre alcançam o resultado esperado, principalmente naqueles grupos em que a incidência do HIV tem se mostrado mais significativa.

Neste contexto, ressalta-se que algumas populações são mais afetadas que outras, como os HSH e os profissionais do sexo. Todavia, apenas o fato de estarem inseridos em certos segmentos da população não determina a procura ou recusa pelo teste ou mesmo o início do tratamento, mas deve-se considerar os contextos sociais e culturais que modelam as relações e os valores (SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013).

1.2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV constitui uma importante estratégia para minimizar a transmissão do vírus, promover qualidade de vida e proporcionar aumento na expectativa de vida de pessoas acometidas pelo HIV/aids. Por esses motivos, é imprescindível conhecer os fatores que relacionam-se ao diagnóstico tardio do HIV/aids. Dentre esses fatores, ressalta-se aqueles associados à sexualidade e que podem influenciar a busca por diagnóstico,

tais como: orientação afetivo-sexual, situação conjugal, comportamento sexual, além de aspectos socioculturais, envolvendo questões de gênero.

O interesse pelo objeto da presente pesquisa surgiu durante o curso da disciplina Enfermagem na saúde do adulto II, do Curso Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, quando tive a oportunidade de aprimorar o conhecimento relacionado ao HIV/aids e principalmente pela oportunidade de prestar assistência a pacientes acometidos pela síndrome, durante as atividades práticas da disciplina na infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande-PB.

Perante o interesse pela temática, surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática, e realizou-se uma ampla revisão de literatura, evidenciando-se a insuficiência de estudos relacionados aos fatores associados ao DT da infecção pelo HIV, principalmente quanto aos aspectos referentes à sexualidade das PVHA.

Diante do que foi problematizado, levantam-se os seguintes questionamentos: Qual a associação de fatores socioculturais com o atraso no diagnóstico da infecção? Quais fatores relacionados à sexualidade das PVHA se associam ao DT da infecção pelo HIV?

Os dados dessa pesquisa contribuirão para identificar os fatores referentes à sexualidade que estão associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, o que poderá nortear a forma de atendimento e abordagem das PVHA pelos profissionais de saúde, assim como a formulação de políticas públicas que visem proporcionar o acesso precoce ao diagnóstico do HIV/aids e ao tratamento oportuno.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores referentes à sexualidade de pessoas que vivem com o HIV/aids e sua associação com o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de Diagnóstico Tardio da infecção pelo HIV em Campina Grande-PB.
- Averiguar a associação de variáveis relacionadas à sexualidade de PVHA com a busca pelo diagnóstico da infecção pelo HIV.

3 Revisão de Literatura

3.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SEU ENFRENTAMENTO

Os primeiros relatos de aids surgiram nos Estados Unidos, Haiti e África Central, em 1982, quando se classificou a nova síndrome. Inicialmente, os sintomas da doença foram relacionados de forma estigmatizadora às práticas homossexuais, uma vez que as primeiras vítimas diagnosticadas eram gays. A epidemia passou a ser considerada como peste gay (PAULA; LAGO, 2013; BRASIL, 2010).

No Brasil, o primeiro caso de aids foi confirmado clinicamente no Estado de São Paulo, no ano de 1982, no período da reforma sanitária, um momento de rearticulação política, no qual grupos representantes de vários setores e trabalhadores da saúde tinham o objetivo de recriar a assistência pública à saúde (BRASIL, 2014a; BORGES, 2010).

Quando surgiram os primeiros casos de aids, estes se restringiam apenas a pessoas consideradas em risco: como profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas injetáveis (UDI). A partir dos anos 90, percebeu-se algumas transformações nesse perfil epidemiológico, resultando na heterossexualização e feminização da doença, com a identificação de casos entre heterossexuais e principalmente em mulheres em união estável. Nota-se um aumento nos casos de pauperização, com o surgimento da infecção em indivíduos de baixa condição econômica e menor nível de escolaridade (PEREIRA et al., 2011; REIS, 2008).

Implantou-se em 1984, no Estado de São Paulo, o primeiro programa governamental sobre a aids em nível estadual. O Brasil foi um dos países pioneiros a adotar políticas públicas inclusivas e universais no combate ao HIV/aids. No ano de 1985, o governo instituiu o Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e aids para gerir a política de combate à recente epidemia no país (BRASIL, 2015b).

O Programa Nacional de DST e aids do Ministério da Saúde (MS), representou um marco no enfrentamento da epidemia. Seus principais objetivos eram a diminuição da incidência do HIV/aids, o controle das outras DST e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2008a). Desde o início, o Programa Nacional de DST/aids, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem se comprometido com a preparação e implementação de políticas públicas eficientes, em resposta à epidemia da aids (SANTOS et al., 2012).

A sociedade civil também desempenhou um papel relevante no enfrentamento da epidemia. Os primeiros movimentos da sociedade brasileira em resposta ao HIV/aids iniciaram

em meados dos anos 1980 (BRASIL, 2015b). A atuação de diversos grupos sociais contribuíram com a formulação de políticas democráticas, de forma a possibilitar maior participação da sociedade (PEREIRA; NICHATA, 2011). Os movimentos sociais e as organizações não governamentais (ONG) atuam em vários espaços, inclusive no combate à epidemia da aids (BRASIL, 2016b).

Em 1985, foi fundada a primeira ONG do Brasil e da América Latina, o grupo de apoio à Prevenção à Aids (GAPA), com a finalidade de atuar na luta contra a infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a). No ano de 1987, foi instituída a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), no Rio de Janeiro. A ABIA foi a segunda ONG fundada no Brasil (BRASIL, 2016b). Esta ONG atua prioritariamente nas questões relacionadas com o acesso ao tratamento e à assistência e a garantia dos direitos humanos de PVHA (ABIA, 2017). Em 1990, surgiu o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), com o objetivo de lutar pelos direitos das PVHA, e dos grupos em maior situação de vulnerabilidade (GIV, 2017).

No Nordeste, no ano 2000, criou-se em Recife-PE, o Grupo de Trabalhos em Prevenção Positivo (GTP+). A ONG se originou da necessidade de se instituir uma entidade, que fosse coordenada por PVHA, com intuito de atuar no combate à infecção pelo HIV, buscando estimular o ativismo na luta pelos direitos humanos (GTP+, 2017). A Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS/PB), criada em 2001 no Estado, também atua no enfrentamento da epidemia de aids, com enfoque direcionado às mulheres profissionais do sexo, no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde e à garantia dos direitos humanos (APROS, 2017).

O Brasil serviu de modelo no cenário internacional, tendo em vista que antes mesmo da Assembleia Geral das Nações Unidas para o HIV e aids, ter preconizado que o enfrentamento da epidemia deveria ser de forma abrangente, envolvendo atividades de prevenção, promoção dos direitos humanos, assistência e com participação direta das pessoas vivendo com a infecção, o Programa Brasileiro de aids já atuava nessa perspectiva (BRASIL, 2007a).

O MS implantou no final dos anos 80, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ofertando a realização de testes sorológicos anti-HIV de forma sigilosa, anônima e sem custos para a população, além de prover educação em saúde e aconselhamento para os indivíduos vulneráveis à infecção pelo HIV. Na década de 90, os CTA se tornaram referência na ampliação da oferta do teste e em orientações relacionadas à prevenção do HIV destinada à população em geral e aos grupos em situação de risco (BRASIL, 2010).

Diante da dimensão da infecção pelo HIV/ aids, o MS instituiu em 1994, os Serviços de Assistência Especializada em DST, HIV/aids (SAE). Estes são serviços ambulatoriais, compostos por uma equipe multiprofissional, que visam prestar assistência integral e eficiente

aos usuários. O SAE atua principalmente em ações de assistência, prevenção e tratamento de PVHA (BRASIL, 2017b).

Quanto aos avanços no tratamento da aids, o primeiro medicamento utilizado contra o progresso da imunodeficiência em pacientes de aids foi o zidovudina (AZT), em 1987. No ano de 1991, o AZT já era produzido no Brasil, passando a ser distribuído pelo SUS. O medicamento mostrou-se eficaz para prevenção da transmissão vertical do HIV em 2000 (BRASIL, 2007a).

O Programa Nacional de combate à aids no Brasil, em 1996, assegurou acesso gratuito e universal a medicações antirretrovirais necessárias para realização de tratamento das pessoas infectadas pelo HIV, no âmbito do SUS (BRASIL, 2015b). A produção local, a distribuição de medicamentos antirretrovirais e a implantação na rede pública de laboratórios para diagnósticos e acompanhamento de pacientes, têm proporcionado uma maior qualidade de vida e sobrevivência de pessoas com aids (SILVA et al., 2013). A distribuição dos antirretrovirais (ARV) reduziu pela metade o número de óbitos decorrentes da aids no país, e cresceu em 80% o tratamento para doenças oportunistas (UNAIDS, 2016c). Além do exposto, houve aumento de 125 mil para 217 mil, no número de pessoas em uso de TARV, de 2002 a 2011. No país, mais de 30 mil pessoas iniciam a TARV a cada ano (BRASIL, 2012).

Além disso, o Brasil tem ofertado à população, as medicações mais recentes produzidas no mundo, como a enfuvirtida (2005), darunavir (2008), raltegravir (2009), etravirina (2010) e maraviroque (2012), adequando a política de tratamento de pessoas com multirresistência ao vírus (BRASIL, 2012).

Outra estratégia de enfrentamento criada pelo MS foi a realização de testes rápidos (TR), que começaram a ser utilizados em larga escala em 2005, quando foram distribuídos 509 mil unidades em todo país. A oferta cresceu 800%, em oito anos, com 4,7 milhões de testes ofertados em 2013, com objetivo de diagnosticar precocemente a infecção pelo vírus. Neste contexto, umas das mais bem sucedidas estratégias do MS no combate à epidemia é o Fique Sabendo, ação direcionada à ampliação do diagnóstico precoce da população. Lançados em 2005, os testes são ofertados na Estratégia Saúde da Família, nos CTA, em ambulatórios e em outros locais, como praças, feiras e eventos específicos (BRASIL, 2014b). A oferta de testagem anti-HIV passou de 3,3 milhões em 2003, para 5,1 milhões em 2011 (BRASIL, 2012).

O MS estabeleceu em 2013, uma nova estratégia para combater a epidemia da aids, ofertando início do tratamento para todos os indivíduos vivendo com HIV, independente da contagem de CD4 e do comprometimento do sistema imunológico (BRASIL, 2013).

O Brasil no ano de 2014, adotou o teste oral, capaz de realizar o exame de HIV em 15 minutos. É uma inovação para ampliar e garantir o direito das pessoas conhecerem a sua situação sorológica. É um método simples e eficaz para alcançar alguns grupos considerados em risco para infecção (BRASIL, 2015b). O governo Brasileiro também atua na distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos para a população, como forma de estimular a prática sexual segura. Além de utilizar de impressos e meios de comunicação para alertar sobre os possíveis riscos de contaminação e a melhor forma de preveni-los (PAULA; LAGO, 2013).

Atualmente, no Brasil, a aids é considerada nacionalmente estável. A taxa de detecção tem se mostrado estabilizada nos últimos 5 anos, com cerca de 20 casos a cada 100 mil habitantes, o que representa cerca de 39 mil casos novos da doença ao ano. No entanto, em alguns grupos de risco, como HSH, profissionais do sexo e travestis, a transmissão ainda apresenta elevação (BRASIL, 2015b).

3.2 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV: MÉTODOS E DESAFIOS

A síndrome da imunodeficiência adquirida é ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana, o qual é capaz de provocar degeneração progressiva do sistema imunológico, e possui capacidade de infectar células como, os linfócitos T helper, os macrófagos e as células dendríticas, que apresentam receptores do tipo CD4 (BRASIL, 2014a).

O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado por meio de testes que detectam anticorpos anti-HIV no organismo. Podem ser classificados como: de triagem, desenvolvidos para detectar todas as pessoas infectadas; ou confirmatórios, que consistem em testes para identificar as pessoas que têm resultados reativos nos ensaios de triagem (ABIA, 2011).

Todos os testes anti-HIV disponíveis na rede pública de saúde são realizados gratuitamente (ABIA, 2011). A execução do teste anti-HIV deve ser acompanhada de aconselhamento, devendo ser realizado antes e após a testagem, independentemente do resultado (BARROSO et al., 2010). O processo de aconselhamento é realizado com intuito de promover o reconhecimento sobre as vulnerabilidades, minimizar o impacto emocional dos resultados diagnósticos, estimular a adoção de medidas preventivas, instigar o diagnóstico de parceiros sexuais e outras medidas que são relevantes (BRASIL, 2010).

O teste de laboratório Elisa é o mais realizado para diagnosticar a infecção. Trata-se de uma técnica para localizar anticorpos contra o HIV na corrente sanguínea do paciente. Se a amostra não apresentar nenhum anticorpo, significa que a pessoa não está infectada. Se for detectado algum anticorpo anti-HIV no sangue, é necessário a realização de outro teste adicional, o teste confirmatório. Nesse caso, faz-se uma confirmação com a mesma amostra e o resultado definitivo é fornecido ao paciente. Se o resultado for positivo, o paciente será

submetido a mais um teste com uma amostra diferente. Esse é apenas um procedimento padrão para que o mesmo tenha certeza da sua situação (BRASIL, 2017c).

Outro meio de diagnosticar a infecção é o TR. TR são aconselhados para testagem presenciais e consistem em imunoenaios simples, que podem ser realizados em até 30 minutos, e podem ser feitos com soro, plasma ou sangue total e fluido oral (FO). Os TR são de fácil execução e podem ser realizados fora do ambiente de laboratório, o que permite a ampliação do acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2016c).

Outros TR foram desenvolvidos utilizando o FO. Ele contém uma menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas possui quantidade suficiente para permitir o diagnóstico garantido da infecção, com exceção dos casos de exposição recente, tendo em vista que a janela de soroconversão dos TR que utilizam FO pode chegar a três meses. Os anticorpos presentes são transferidos passivamente do sangue para o FO. A coleta do FO torna a testagem mais simples, pois não é um procedimento invasivo, diminui o risco biológico e, principalmente, expande o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, nas populações vulneráveis e grupos de risco (BRASIL, 2016c).

Embora os TR e os imunoenaios sejam sensíveis e específicos, resultados falso-positivos podem acontecer, por esse motivo, os testes complementares são necessários para a definição do diagnóstico da infecção pelo HIV. É recomendado que sejam realizados após resultados reativos nos testes de triagem. Estão incluídos nessa categoria western blot, uminoblot ou imunoenaios em linha, o imunoblot rápido e imunofluorescência indireta (BRASIL, 2014).

Apesar do maior reconhecimento de casos de HIV/aids em decorrência da ampliação do acesso ao diagnóstico, as pessoas ainda estão descobrindo seu estado sorológico tardiamente e comparecendo ao serviço de saúde com sistema imunológico comprometido. A aids é considerada uma doença de difícil tratamento, todavia, quanto mais recentemente for realizado o diagnóstico, melhores são as condições de enfrentamento da doença para os indivíduos acometidos pelo vírus (ABATI; SEGURADO, 2015; ABIA, 2011).

Montaner (2013), destaca a importância do diagnóstico oportuno para o sucesso da terapêutica no controle da infecção. De acordo com Brasil (2013), os pacientes que iniciam mais precocemente o tratamento e que conseguem manter contagem de LT-CD4+ superior a 500 células/mm³ e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante a da população geral.

O acesso oportuno à TARV, proporciona melhorias na qualidade de vida e redução da transmissibilidade do HIV. Ressalta-se também que a capacidade de restaurar e expandir as

células LT-CD4+ é consideravelmente maior entre pessoas que iniciam tratamento precocemente (BRASIL, 2014b; TIBÚRCIO, 2011).

O início da terapêutica é considerado muito tardio, quando ocorre grave comprometimento do sistema imunológico, com contagem de células T-CD4 < 200/ mm³. O atraso no início da terapia é uma das principais dificuldades no enfrentamento da aids em nível mundial. Esse retardamento aumenta a incidência da infecção, contribui para mortalidade por aids, e eleva os gastos do sistema de saúde. Esta problemática tem sido ocasionada pela alta prevalência de pessoas que nunca se submeteram à testagem anti-HIV, indicadores que superam os 60% nos EUA, Espanha, Itália, Brasil, e em vários países africanos (GRANGEIRO et al. 2011).

O diagnóstico da infecção pelo HIV, é considerado tardio em casos de pacientes que são diagnosticados com contagem de CD4 inferior a 350 células/ mm³ ou na presença de doença característica de aids, e muito tardio com contagem de CD4 inferior a 200 células/ mm³ (ANTINORI et al., 2010).

De acordo com Miranda et al. (2009), o DT da infecção por HIV é um dos fatores responsáveis pela elevação da taxa de incidência da aids e de mortes associadas, sendo um importante obstáculo para a prevenção e para o controle da propagação da doença. Muitos dos pacientes são diagnosticados em fases tardias, apresentando maior risco de desenvolver infecções oportunistas e de morte. Conforme Leite (2010), o comprometimento do sistema imune dificulta tanto o início da TARV, como o tratamento das doenças oportunistas associadas à aids.

Pesquisas apontam vários fatores que podem estar associados ao atraso no diagnóstico da infecção pelo HIV. Estão mais predispostos ao atraso no diagnóstico: pessoas em relacionamentos estáveis e que tem filhos (DELPierre et al., 2006); pessoas do sexo masculino, quando comparadas a pessoas do sexo feminino (MOREIRA et al., 2011), apesar de que outros estudos têm descrito percentuais semelhantes de DT entre homens e mulheres, sendo relevante considerar a gravidez como uma possível variável de confusão (DOURADO et al., 2014; HALL et al., 2013); indivíduos de maior idade (OLIVA et al., 2014), e pessoas desempregadas (DELPierre et al., 2006). Outro estudo evidencia que casais heterossexuais se mostram mais predispostos ao DT, pelo fato de não se sentirem em risco para infecção (OLIVA et al., 2014).

3.3 CONCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E PERSPECTIVAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Compreende-se sexualidade como um aspecto inerente a todo ser humano, que se manifesta em todas as fases da vida, desde o nascimento até a morte e mostra-se de acordo com cada ciclo vital. Não é vista apenas como forma de reprodução, mas para o alcance do prazer, do amor e do erotismo; é o descobrimento de si e do outro, para ambos os sexos. Ressalta-se que cada indivíduo tem uma forma singular de ser e expressar sua sexualidade (VITIELLO, 1996).

Para Souto et al. (2009), entende-se que a sexualidade é um elemento que engloba aspectos de amplo significado de existência, compreendida como fenômeno essencial da vida, presente desde o nascimento até a morte.

De acordo com Nogueira (2008, p. 40):

As atitudes de homens e mulheres em nossa sociedade, no que diz respeito a sexo e sexualidade, são demarcadas pela construção histórico-cultural em torno de gênero e sexualidade. A sexualidade pode ser tomada como um componente universal da experiência humana no sentido de existência, mas seu exercício não se dá segundo modalidades universais, sua expressão é sempre situacional, variando em diferentes contextos culturais.

Sexualidade e gênero encontram-se interligados. Gênero demarca um espaço do significado do que é ser homem e ser mulher, fundamentado em um contexto cultural. No decorrer da vida, vão sendo construídos os papéis de gênero relacionados à masculinidade e à feminilidade. A concepção do indivíduo não é estabelecida desde o nascimento, pois o ser humano se constrói dentro de um meio social e de uma cultura (RISCADO, 2013).

As definições de sexualidade e de gênero são bastante amplas. A sexualidade se relaciona aos relacionamentos afetivos, suas atividades e prazeres sexuais. O gênero encontra-se ligado às questões de construção social e cultural do indivíduo. A sexualidade humana vai muito além da prática do sexo, por esse motivo, devem ser considerados os comportamentos, variedades culturais, sexo, identidade, e outros aspectos associados a diversas formas de vivenciar a sexualidade (BASTOS; ANDRADE, 2016).

A sociedade em que convivemos exala a ideia de que os órgãos genitais determinam se um indivíduo é homem ou mulher. Contudo, a nossa identidade não é definida por um fator biológico e sim sociocultural. O que determina se uma pessoa será homem ou mulher, é a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa na sociedade (JESUS, 2012).

A sexualidade desempenha importante papel na vida humana, tendo em vista que as relações sexuais não estão ligadas apenas à reprodução, mas também às relações de afeto de cada um. Portanto, no contexto de enfrentamento do HIV/aids, é fundamental compreender as questões referentes à sexualidade e sua relação com a infecção pelo vírus (REIS; GIR, 2010).

Segundo Paula e Lago (2013), as relações sexuais constituem a principal forma de transmissão da infecção pelo HIV. De acordo com Brasil (2016), o principal meio de transmissão em indivíduos com idade superior a 13 anos foi a via sexual, tanto em homens (95,3%) quanto em mulheres (97,1%), no ano de 2015. Na população masculina, constatou-se um predomínio na categoria de exposição em heterossexuais. Entretanto, nos últimos 10 anos, houve aumento do número de casos em HSH, passando de 35,3% em 2006, para 45,4% em 2015.

O crescimento de casos em homens heterossexuais pode ser explicado pela ideia de que os relacionamentos afetivos-sexuais de vínculo conjugal constituem um fator de proteção. Essa visão de que a fidelidade impede a existência de práticas sexuais extraconjugais nas relações estáveis, estabelece a concepção hegemônica de conjugalidade (OLIVEIRA, 2015). As práticas sexuais podem remeter às relações de gênero (OLIVEIRA, 2015). As relações de gênero são consideradas importantes na abordagem da infecção pelo vírus do HIV, assim como as questões de hegemonia e poder nos relacionamentos entre homens e mulheres, que tornam as mulheres mais vulneráveis à infecção (NOGUEIRA, 2008).

A aids ainda apresenta prevalência em profissionais do sexo, HSH e UDI. Porém, é importante enfatizar que não apenas as populações consideradas vulneráveis vem se infectando, mas todos os indivíduos que de alguma forma tem relações sexuais sem proteção (OLIVEIRA, 2015). Mais de 95% da população brasileira sabe que o uso do preservativo é a melhor atitude para prevenir a infecção pelo HIV. Entretanto, estudos evidenciam que, nos últimos anos, houve redução no uso do preservativo, configurando um problema principalmente entre jovens, mesmo que esses apresentem maiores proporções de uso de camisinha (BRASIL, 2012).

Para Marksud (2009), o uso do preservativo não se apresenta ativo nas relações sexuais entre casais em relacionamentos estáveis, devido ao vínculo de confiança formado. Em decorrência da confiabilidade dada ao parceiro, as pessoas não se consideram em risco para infecção. De acordo com Silva e Vargens (2009), mulheres com parceiro fixo, declararam não estarem em risco de contaminação pelo HIV, e veem a aids como a doença do outro, associando à mulheres profissionais do sexo.

Estudo realizado no Brasil, no período de 1998 a 2005, que analisou a percepção de risco sobre HIV/aids na população Brasileira, concluiu que houve elevação na proporção de pessoas que não se consideram em risco para contaminação pelo vírus (FERREIRA, 2008).

A atividade das relações afetivossexuais de pessoas infectadas pelo HIV, pode muitas vezes apresentar-se comprometida, o que pode estar associada à complexidade do manejo de conviver com o HIV/aids, partilhar de sentimentos como o medo de perder o parceiro, ou até mesmo estar relacionada ao ressentimento por terem adquirido o vírus do próprio parceiro (REIS; GIR, 2011).

Em estudo realizado com PVHA, os participantes demonstraram forte sentimento de culpa por terem sido infectados pelo HIV, atribuindo a contaminação a comportamento sexual de risco. Alguns sujeitos relataram se excluir do convívio social depois que foram diagnosticados, por temerem o preconceito social ou como forma de castigo por terem adquirido o HIV (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011)

Gagnon (2006), enfatiza a importância de estabelecer mudanças no comportamento e adotar estilos de vida saudáveis para prevenir a transmissão do vírus do HIV, como forma de prevenir a disseminação do vírus e propagação da doença, não apenas dos que estão em maior vulnerabilidade, mas também da mais ampla gama de sujeitos diretos e indiretos em todas as culturas.

4 Percurso Metodológico

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa é um recorte de um projeto mais amplo, desenvolvido no Estado da Paraíba, intitulado “Diagnóstico tardio de infecção pelo HIV: trajetórias e perspectivas de pessoas que vivem com o HIV/aids.” Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo epidemiológico, observacional, analítico e transversal, com o objetivo de analisar fatores referentes à sexualidade de pessoas que vivem com o HIV/aids e sua associação com o DT da infecção pelo HIV.

O estudo epidemiológico pode ser compreendido como o estudo da distribuição dos casos de doenças em populações específicas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). Enquanto que o método observacional é descrito por Vieira e Hossne (2003), como um método que permite estudar os fatores de risco para determinadas doenças, como também constitui uma forma de analisar os efeitos colaterais de inovações em tratamentos e os resultados de políticas de saúde. Ressalta-se que neste método, o pesquisador não intervém diretamente na realidade analisada.

Segundo Costa e Barreto (2003), o estudo analítico é caracterizado por analisar a correlação entre exposição e ocorrência de uma patologia ou condição associada à saúde. Os principais delineamentos desse tipo de estudo são: ecológico, seccional, caso-controle e coorte.

O estudo transversal é um tipo de estudo utilizado para investigar os fatores de exposição e possíveis causas que podem levar ao adoecimento de indivíduos de uma população, em um determinado momento do tempo (VIEIRA; HOSSNE, 2003).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no município de Campina Grande (FIGURA 1), no Estado da Paraíba, pertencente ao Nordeste brasileiro. A cidade de Campina Grande possui uma população estimada em 407.754 habitantes, e segundo o censo de 2010, apresenta densidade demográfica de 648,31 hab/km², uma área territorial de 593,026 km², e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal correspondente a 0,720 (IBGE, 2016).

FIGURA 01 – Mapa da divisão geoadministrativa do município de Campina Grande-PB.

participantes. Por se tratar de um recorte, a população desse estudo formou-se apenas pelo estrato do município de Campina Grande-PB, correspondendo a 695 pessoas, com uma amostra de 72 participantes, atendidas no SAE municipal e no SAE do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

A amostra foi do tipo aleatória estratificada, formada pelos usuários de saúde com HIV/aids atendidos nos SAE referidos e em tratamento antirretroviral, correspondendo a 72 pessoas. Para delinear a amostra, considerou-se os seguintes critérios de inclusão: portadores de HIV/aids em TARV, maiores de 18 anos e que contenham todos os dados requeridos para a pesquisa registrados nos prontuários, definidos como a contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral no momento do diagnóstico, data do diagnóstico, data da notificação e presença de doença indicativa de aids na ocasião do diagnóstico. Em relação aos critérios de exclusão, apontam-se: portadores de HIV/aids menores de 18 anos; PVHA que não estejam em TARV; e aqueles que os prontuários apresentem dados incompletos.

Para a realização do cálculo amostral, considerou-se o intervalo de confiança (IC) de 95%, a proporção do DT 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 é do tipo estratificada, que se caracteriza pela seleção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada, realizou-se o cálculo amostral para cada estrato, ou seja, para cada SAE, a partir da fração amostral correspondente a 0,103739 (GIL, 2008) (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Distribuição da população e da amostra do estudo, com destaque para o estrato de Campina Grande-PB.

Município	Serviço de Assistência Especializada (SAE)	População (N)	Amostra (n)
João Pessoa	SAE – Complexo Hospital de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga	2.415	247
João pessoa	SAE Familiar – Hospital Universitário Lauro Wanderley	347	36
Campina Grande	SAE - Hospital Universitário Alcides Carneiro	194	20
Campina Grande	SAE Municipal	501	52
Cabedelo	SAE Municipal	40	05
Santa Rita	SAE Municipal	60	07
Total		3.557	369

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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, considerou-se o período de um mês de atendimento em cada SAE, equivalente a vinte dias, pois os serviços funcionam de segunda à sexta, além da média diária de atendimentos. Dessa forma, para o SAE - Hospital Universitário Alcides Carneiro foram sorteados três dias (sendo um reserva), pois a média de atendimentos correspondeu a 10,2 e a amostra foi constituída por 20 participantes. Para o SAE Municipal de Campina Grande também foram sorteados três dias (sendo um reserva), pois a média de atendimentos foi 26,4 e a amostra foi formada por 52 pessoas.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento usado para coleta dos dados foi um questionário (APÊNDICE A), aplicado com entrevista, contendo perguntas segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas e categóricas. O questionário aborda questões relacionadas às características sociodemográficas e culturais dos participantes, informações sobre o diagnóstico de HIV/aids e variáveis associadas à sexualidade das pessoas com HIV/aids.

O questionário pode ser definido como uma técnica de investigação composta por um determinado número de questões que são destinadas a pessoas com o objetivo de alcançar informações (GIL, 2008).

Segundo Gil (2008), a entrevista é uma técnica empregada por meio de diálogo entre duas partes, onde serão lançadas perguntas ao entrevistado com intuito de adquirir determinadas informações que interessam a investigação.

Os dados foram coletados após a devida aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2017, 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.

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas em um local que proporcione privacidade ao entrevistado, nos dias de acompanhamento das PVHA em seu respectivo SAE, a partir da concordância na colaboração da pesquisa por meio do consentimento por escrito.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para esta 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, 2013b; HALL et al., 2013): diagnóstico oportuno, caracterizado pela contagem de LT CD4 + igual ou superior a 350 células/ mm³; DT definido pela contagem de LT CD4 + inferior a 350 células/ mm³; e diagnóstico muito tardio medido pela contagem de LT CD4 + inferior a 200 células/ mm³ ou com a presença de uma doença oportunista dentro de três meses de diagnóstico ou doença característica de aids no exame inicial.

A partir do pressuposto de que o DT de infecção pelo HIV associa-se à fatores sociodemográficos e à categoria de exposição à infecção por este vírus, foram definidas variáveis de exposição referentes a: gênero, situação conjugal, orientação afetivossexual, crença ou religião, ter filhos, histórico de infecção sexualmente transmissível (IST), e provável modo de transmissão do HIV. Além disso, também foram consideradas como variáveis que apresentam provável associação com o DT, questões relacionadas à sexualidade da pessoa com HIV/aids, conforme descritas no Quadro 2.

QUADRO 2 – Descrição das variáveis de exposição.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Nome da variável	Descrição
Gênero	Feminino Masculino Transexual/ Travesti Outro
Situação conjugal	Solteiro Casado/ União estável Separado/ Divorciado Viúvo Outro
Situação conjugal no momento do diagnóstico	Solteiro Casado/ União estável Separado/ Divorciado Viúvo Outro
Ter filhos	Sim Não
Crença ou religião	Sem religião Católica Evangélica Espirita Umbanda/ Candomblé Outra
Crença ou religião no momento do diagnóstico	Sem religião Católica Evangélica

(Continuação)

	Espirita Umbanda/ Candomblé Outra
Orientação afetivo-sexual	Heterossexual Homossexual Bissexual Outro
Histórico de IST	Sim Não Ignorado
IST	Sífilis Gonorreia HPV Herpes genital Hepatite B Outra
VARIÁVEIS RELACIONADAS À SEXUALIDADE DA PESSOA COM HIV/AIDS	
Idade do primeiro namoro	Em anos
Idade na primeira relação sexual	Em anos
Uso de preservativo na primeira relação sexual	Sim Não Recusou-se a responder
Número de parceiros sexuais que já teve na vida	Apenas 1 De 2 a 9 10 ou mais Recusou-se a responder
Relacionamento com pessoas do mesmo sexo	Sim Não Recusou-se a responder
Sentimento em relação a vida sexual	Muito satisfeito Satisfeito (a) Pouco satisfeito (a) Insatisfeito
Relações com parceiros fixos nos últimos 12 meses	Sim Não Recusou-se a responder
Relações com parceiros casuais nos últimos 12 meses	Sim Não Recusou-se a responder
Parceiro fixo atualmente	Sim Não Recusou-se a responder
Tempo de relação com parceiro fixo	Em anos
Percepção sobre o risco de contaminação antes de descobrir que tinha HIV/aids	Sim Não Recusou-se a responder
Motivo da negação do risco	Por confiar no (a) parceiro (a) Por ter parceiro (a) fixo (a)

(Continuação)

	Por estar há muito tempo com parceiro (a) Por motivos religiosos Outro
Frequência do uso do preservativo nas relações	Sempre Quase sempre Às vezes Quase Nunca Nunca
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) fixo (a)	Sempre Quase sempre Às vezes Quase Nunca Nunca
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) casual	Sempre Quase sempre Às vezes Quase Nunca Nunca
Motivos que influenciaram a não utilização do preservativo	
Por confiar no (a) parceiro (a)	Sim Não
Por ter parceiro (a) fixo (a)	Sim Não
Por estar há muito tempo com parceiro (a)	Sim Não
Por motivos religiosos	Sim Não
Por achar que diminui ou tira o prazer da relação	Sim Não
Porque o (a) parceiro (a) se recusa a usar	Sim Não
Porque não gosta de usar	Sim Não
Por vergonha de sugerir o uso do preservativo	Sim Não
Por não ter condições de comprar	Sim Não
Outro	

Fonte: Elaborado pelo autor da pesquisa, 2017.

4.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados e analisados no Software SPSS Statistics, versão 20.0. Inicialmente estimou-se a prevalência do DT da infecção por HIV, a partir da variável *proxy* contagem de LT-CD4+ no momento do diagnóstico. Os dados referentes à

contagem de LT-CD4+ e CV foram analisados através do cálculo de medidas descritivas, como frequências relativas e absolutas. Em seguida, realizou-se a medida de associação das variáveis de exposição com os desfechos, por meio de teste de associação qui-quadrado (χ^2). Intervalos de confiança tiveram nível de confiança de 95% e o valor de $p \leq 0,05$ decidiu a rejeição da hipótese nula em todos os testes estatísticos utilizados neste trabalho. Por conseguinte, realizou-se a discussão dos resultados obtidos em consonância com a literatura pertinente.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em consonância com a Resolução CNS 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil. A participação dos sujeitos envolvidos na 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 foi realizada após aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob o Parecer nº. 1.973.626 e da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº. 1.870.281.

Não houve 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 foram abordadas questões relacionadas à sexualidade.

Ressalta-se também que não ocorreu benefícios diretos, no entanto, objetiva-se que o estudo colabore para a formulação de políticas e ações de saúde destinadas para o diagnóstico precoce da infecção do HIV e tratamento oportuno, que proporcionam a redução da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids.

5 Resultados e Discussão

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

Na Tabela 1, foram descritas as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo, com o respectivo valor de p indicando a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre as ocorrências das categorias. Em relação à variável gênero, observa-se que, do total de participantes, 33 (45,8%) referiram ser do gênero feminino e 38 (52,8%) do gênero masculino, evidenciando-se que não há diferença estatisticamente significativa entre estas categorias (valor-p = 0,353).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72)

Variável	Categoria	n	%	χ^2 (Valor-p)
Gênero	Feminino	33	45,8	0,353
	Masculino	38	52,8	
	Outro	1	1,4	
	Total	72	100,0	
Gravidez no momento do diagnóstico	Sim	8	11,1	< 0,001
	Não	26	36,1	
	Não se aplica	38	52,8	
	Total	72	100,0	
Situação Conjugal	Solteiro	35	48,6	< 0,001
	Casado / União estável	22	30,6	
	Separado / Divorciado	8	11,1	
	Viúvo	7	9,7	
	Total	72	100,0	
Situação conjugal no momento do diagnóstico	Solteiro	30	41,7	< 0,001
	Casado / União estável	31	43,1	
	Separado / Divorciado	7	9,7	
	Viúvo	4	5,6	
	Total	72	100,0	
Ter filhos	Sim	44	61,1	0,059
	Não	28	38,9	
	Total	72	100,0	
Crença ou Religião	Sem religião	11	15,3	
	Católica	35	48,6	

(Continuação)

	Evangélica	19	26,4	< 0,001
	Umbanda/ Candomblé	1	1,4	
	Outras	6	8,3	
	Total	72	100,0	
Crença ou Religião no momento do diagnóstico	Sem religião	11	15,3	
	Católica	38	52,8	
	Evangélica	17	23,6	< 0,001
	Umbanda/ Candomblé	1	1,4	
	Outras	5	6,9	
	Total	72	100,0	
Orientação afetivossexual	Heterossexual	53	73,6	
	Homossexual	13	18,1	< 0,001
	Bissexual	6	8,3	
	Total	72	100,0	
Histórico de IST/DST	Sim	29	40,3	
	Não	41	56,9	0,151
	Ignorado	2	2,8	
	Total	72	100,0	
IST	Sífilis	15	19,7	
	Gonorréia	6	7,9	
	HPV	7	9,2	
	Herpes genital	2	2,6	< 0,001
	Hepatite	2	2,6	
	Não sabe	4	5,3	
	Nenhuma	40	52,7	
	Total	76	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No Brasil, apesar da feminização da epidemia ao longo dos anos, a infecção pelo HIV é mais prevalente em homens. Desde o início da epidemia até junho de 2016, foram registrados 548.850 (65,1%) casos em indivíduos do sexo masculino e 293.685 (34,9%) em pessoas do sexo feminino (BRASIL, 2016a).

O modelo hegemônico de masculinidade, fundamentado nas construções socioculturais de hierarquia nas relações de gênero, poder e força associada ao sexo masculino, e a ideia de invulnerabilidade, contribuem para que os homens não se previnam e tornem-se mais susceptíveis à infecção pelo vírus do HIV (MARQUES JUNIOR; GOMES; NASCIMENTO, 2012).

Além do exposto, quanto à associação de gênero e a busca por diagnóstico, pesquisas apontam que o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV é mais frequente em pessoas do sexo masculino (OLIVA et al., 2010; AGABA et al., 2014; MARQUES, 2015).

Quanto à ocorrência de gravidez no momento do diagnóstico, do total de mulheres em idade fértil entrevistadas, 26 (76,5%) delas assinalaram que não estavam grávidas no momento do diagnóstico e 8 (23,5%) disseram que estavam, o que significa que as categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes (valor-p < 0,001).

A oferta de testagem anti-HIV durante as consultas de pré-natal é um fator importante para facilitar a descoberta precoce da infecção, fazendo com que as mulheres conheçam seu estado sorológico oportunamente, de forma a evitar o agravamento da doença caso o resultado seja positivo (SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008).

Estudo realizado no Nordeste Brasileiro, mostrou que as mulheres grávidas, em comparação com mulheres que não estavam grávidas e homens, eram menos predispostas a registrar atraso no diagnóstico, caracterizado por contagem de CD4 abaixo de 350 células/mm³ no momento do diagnóstico (DOURADO et al., 2014).

No que se refere à situação conjugal, houve mudanças na situação conjugal dos entrevistados, quando compara-se o estado civil atual e do momento do diagnóstico, sendo evidente o aumento no número de solteiros após a descoberta da infecção. No momento do diagnóstico, 30 (41,7 %) dos participantes estavam solteiros e 31 (43,1%) estavam casados ou em união estável, e atualmente, 35 (48,6%) dos participantes da pesquisa estavam solteiros e 22 (30,6 %) estavam casados ou em união estável. Ocorreu também um pequeno acréscimo no número de viúvos e separados após o diagnóstico da infecção. Aponta-se que existem diferenças estatisticamente significativas na ocorrência das categorias nas duas variáveis referidas (valor-p < 0,001).

O descobrimento da infecção pelo HIV implica na necessidade de transformações na vida das pessoas diagnosticadas com o vírus, ocasionando, muitas vezes, mudanças no convívio social e causando impacto negativo nas relações interpessoais (RENESTO et al., 2014).

A convivência com a aids provoca alterações no estilo de vida, sobretudo nos relacionamentos afetivossexuais (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2010). Segundo Schaefer et al. (2013), a descoberta da infecção pode impactar negativamente nas relações de conjugalidade.

A vivência da sorodiscordância é apontada como um entrave no desempenho da sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. O medo da transmissão do vírus para o parceiro durante as relações sexuais é algo comum em casais com sorologias distintas, o que pode causar insatisfação e aflição no parceiro infectado, além da culpabilidade e autojulgamento por ter adquirido a infecção, interferindo no exercício da sexualidade e nas relações afetivas (REIS; GIR, 2011). O temor atribuído ao HIV/aids e ao risco de contaminar o parceiro durante as

relações sexuais, pode fazer com que as pessoas optem por não se relacionarem e adotem a abstinência sexual (SCHAEFER et al., 2013).

Em relação à possível associação da conjugalidade com a busca por diagnóstico, estudos afirmam que, casais heterossexuais casados ou em união estável, estão mais propensos ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV (GUTIÉRREZ; PÉREZ, 2009; DELPIERRE et al., 2006). Conforme Bezerra (2015), o fato de possuir parceiro fixo é visto como um fator de proteção contra a infecção, pois muitos indivíduos não se consideram vulneráveis à contaminação pelo vírus, atribuindo a susceptibilidade apenas às pessoas em comportamento de risco.

Quanto à variável ter filhos, do total de entrevistados, 44 (61,1%) referiram ter pelo menos um filho e 28 (38,9%) referiram não ter filhos e, portanto, não existe diferença estatisticamente significativa entre as categorias (p -valor = 0,059).

Mulheres dedicadas ao lar e ao cuidado com a família, geralmente não se percebem vulneráveis ao HIV (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2010). Além disso, enfatiza-se que indivíduos do sexo masculino heterossexuais casados e com filhos, estão mais propensos ao DT da infecção pelo HIV, quando comparados a homens solteiros sem filhos (DELPIERRE et al., 2006).

No que tange à variável crença ou religião, verifica-se que 11 (15,3 %) dos entrevistados não tem religião, 35 (48,6%) eram católicos e 19 (26,4%) referiram ser evangélicos. Em relação à crença ou religião no momento do diagnóstico, 11 (15,3 %) não tinham religião, 38 (52,8%) eram católicos e 17 (23,6%) afirmaram ser evangélicos. Estes dados evidenciam que as categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes nas duas variáveis (p -valor < 0,001).

A predominância de participantes católicos e evangélicos observada neste estudo expressa a realidade do país, uma vez que, de acordo com o senso demográfico do IBGE 2010, no Brasil cerca de 64,6% da população brasileira são católicos e 22,2% evangélicos (IBGE, 2017).

Fakoya et al. (2012), ressaltaram em seu estudo, a existência de associação entre religiosidade e o DT da infecção pelo HIV, referindo que fortes crenças religiosas podem configurar um obstáculo para realização de testes anti-HIV e/ou tratamento da infecção, pelo fato de serem encarados em algumas crenças como falta de fé.

Em relação à orientação sexual, 53 (73,6%) dos entrevistados referiram ser heterossexuais, 13 (18,1%) declararam ser homossexuais e 6 (8,3%) bissexuais, indicando-se a

existência de diferenças estatisticamente significativas na ocorrência destas categorias (valor-p < 0,001).

Uma questão importante evidenciada nesta variável é a exposição heterossexual à infecção pelo HIV, pois os dados demonstrados se relacionam aos divulgados pelo MS, que apontam o predomínio da categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2016a).

Estudos assinalam a ocorrência de associação entre a apresentação tardia ao diagnóstico da infecção pelo HIV/aids e a categoria de exposição heterossexual (OLIVA et al., 2010; CELESIA et al., 2013; NDIAYE et al., 2011). Embora a maioria das pesquisas evidencie maior incidência e prevalência de infecção pelo HIV em HSH, são os homens heterossexuais que encontram-se mais propensos ao DT do HIV (VALENTINI, 2014). Segundo Dickson et al. (2011), esse fato pode estar relacionado a maior procura para realização de teste anti-HIV por HSH, quando comparados aos homens heterossexuais. Mukolo et al. (2013), explicaram esta propensão devido a essa população ter menor percepção do risco de infecção pelo HIV.

No que se refere à ocorrência de ISTs, 29 (40,3%) dos entrevistados tiveram alguma IST e 41 (56,9%) não tiveram, não existindo diferença estatisticamente significativa nas proporções das categorias (p-valor = 0,151). Dos participantes que afirmaram histórico de IST, a mais citada foi a sífilis, com 15 (19,7%) deles, seguida do HPV, com 7 (9,2%) deles.

Segundo dados do MS relacionados à população brasileira, em torno de 17% dos homens com vida sexual ativa entre 15 e 64 anos referiram pelo menos uma ocorrência de IST na vida, e 56,5% das mulheres sexualmente ativas alegaram adoecimento por IST (BRASIL, 2011). Pesquisa realizada por Grangeiro et al. (2012), concluiu que a prevalência de infecção pelo vírus do HIV apresenta maiores proporções em indivíduos com histórico de IST e ocorrência de sífilis.

Na Tabela 2 abaixo, categorizou-se as informações referentes à variável de exposição ao vírus do HIV e o diagnóstico da infecção. Em relação ao modo de transmissão, a via sexual foi a mais prevalente, referida por 68 (94,5%) dos participantes da pesquisa, e apenas 4 (5,6%) destes declararam outras vias de transmissão. Salienta-se ainda que 45 (62,5%) deles foram contaminados por meio de relações sexuais com homens. Os dados evidenciam que existem diferenças estatisticamente significativas na ocorrência das categorias (valor-p < 0,001).

Tabela 2 – Categoria de exposição e o diagnóstico da infecção pelo HIV, segundo os valores de linfócitos T CD4+ e carga viral. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	n	%	χ^2 (Valor-p)
Transmissão vertical	Sim	1	1,4	< 0,001
	Não	71	98,6	
	Total	72	100,0	
Sexual	Relações sexuais com homens	45	62,5	< 0,001
	Relações sexuais com mulheres	19	26,4	
	Relações sexuais com homens e mulheres	4	5,6	
	Não foi transmissão sexual	4	5,6	
	Total	72	100,0	
Sanguínea	Sim	3	4,2	< 0,001
	Não	67	93,1	
	Ignorado	2	2,8	
	Total	72	100,0	
Via de transmissão sanguínea	Uso de drogas injetáveis	0	-	< 0,001
	Hemotransfusão para hemofilia	0	-	
	Transfusão sanguínea	0	-	
	Acidente com material biológico	3	4,2	
	Não se aplica	69	95,8	
	Total	72	100,0	
Contagem de linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico	Menor que 200 células/mm ³	28	38,9	< 0,001
	200 a 349 células/mm ³	17	23,6	
	350 a 499 células/mm ³	9	12,5	
	500 células/mm ³ ou mais	18	25,0	
	Total	72	100,0	
Carga viral no momento do diagnóstico	Carga viral indetectável	6	8,3	< 0,001
	51 a 400 cópias/ml	2	2,8	
	401 a 1.000 cópias/ml	2	2,8	
	1.001 a 10.000 cópias/ml	6	8,3	
	10.001 a 100.000 cópias/ml	24	33,3	
	Acima de 100.000 cópias/ml	21	29,2	
	Ignorado	11	15,3	
	Total	72	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os dados apresentados corroboram com pesquisa realizada por Brasil (2016a), o qual constatou que o principal modo de transmissão em pessoas com idade superior a 13 anos, foi a via sexual, tanto em indivíduos do sexo masculino (95,3%) quanto do sexo feminino (97,1%)

no ano de 2015. Em relação aos homens, observou-se a predominância da categoria de exposição heterossexual. Entretanto, existe uma tendência de elevação nos casos de HSH na última década, passando de 35,3% em 2006 para 45,5% em 2015.

Diante disso, ressalta-se a importância do uso consciente do preservativo nas relações sexuais, tendo em vista que a utilização da camisinha possui capacidade para impedir a transmissão do vírus durante o contato sexual (LIMA, 2014). Apesar da maior parte da população brasileira com idade entre 15 e 64 anos (96,6%) concordarem com a afirmação de que o uso de preservativos configura a melhor forma de prevenir a infecção pelo HIV (BRASIL, 2013), evidencia-se que, nos últimos anos, houve redução na utilização do preservativo (BRASIL, 2011).

Em relação à definição de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, utilizou-se neste estudo a seguinte classificação: diagnóstico oportuno, caracterizado pela contagem de LT CD4 + igual ou superior a 350 células/ mm³; DT definido pela contagem de LT CD4 + inferior a 350 células/ mm³; e diagnóstico muito tardio medido pela contagem de LT CD4 + inferior a 200 células/ mm³ ou com a presença de uma doença oportunista dentro de três meses de diagnóstico ou doença característica de aids no exame inicial (ANTINORI et al., 2010; GRANJEIRO et al., 2011).

Conforme descrito na Tabela 2, quanto à variável contagem de linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico, observa-se que, 62,5% do total de participantes do estudo apresentaram diagnóstico tardio (38,9%) ou muito tardio (23,6%), e 37,5% foram diagnosticados oportunamente. Estas proporções possuem diferenças estatisticamente significantes (valor-p < 0,001).

A contagem de linfócitos T CD4+ representa um dado importante para avaliação do sistema imunológico. O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV proporciona menor comprometimento do sistema imunológico, portanto, o acesso oportuno ao tratamento reduz a transmissibilidade do vírus e proporciona melhor qualidade de vida às PVHA (BRASIL, 2015c).

Pessoas em uso de TARV que conseguem manter contagens de LT-CD4+ superiores a 500 células/mm³ e carga viral indetectável, apresentam expectativa de vida parecida com a população em geral. Quanto mais precoce for o início da terapia, maiores são as chances de obter contagens de LT-CD4+ elevadas (BRASIL, 2014c). Segundo Moreira (2013), o retardo no diagnóstico do HIV/aids, ocasiona maior incidência da doença, aumenta o número de mortes em decorrência da infecção e favorece a disseminação do vírus.

A maior parte dos entrevistados apresentou carga viral alta no momento do diagnóstico. 6 (8,3%) deles tiveram carga viral indetectável, 4 (5,6%) foram diagnosticados com carga viral entre 51 a 1.000 cópias/ml, 30 (41,6%) entre 1.001 e 100.000 e 21 (29,2%) acima de 100.000 cópias/ml.

Estudo realizado em Belo Horizonte, mostrou que 65% dos participantes apresentaram-se para tratamento com carga viral superior a 10.000 cópias/ml (VALENTINI, 2014). A carga viral pode alternar desde níveis indetectáveis a milhões de cópias por amostragem. Quanto mais elevada a carga viral, maior a transmissibilidade do vírus (SANTA CATARINA, 2017).

A descoberta precoce da infecção pelo HIV e o início oportuno da TARV contribuem para redução da carga viral e, dessa forma, o risco de transmissão da doença é reduzido (MARQUES, 2015). PVHA que apresentam carga viral indetectável não possuem mais o vírus HIV na corrente sanguínea, o que impede a transmissibilidade da infecção para outras pessoas, diminuindo assim a circulação da doença (BRASIL, 2016d).

5.2 SEXUALIDADE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E A ASSOCIAÇÃO COM O DIAGNOSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Na Tabela 3, apresenta-se os fatores relacionados à sexualidade das pessoas vivendo com HIV/aids. Em relação à idade do primeiro namoro, os dados mostram que, 18 (25,0%) dos participantes do estudo afirmaram ter namorado pela primeira vez na faixa etária de 8 a 12 anos e 48 (66,7%) deles na faixa etária de 13 a 17 anos, havendo proporções estatisticamente diferentes entre as categorias (valor-p < 0,001). Quanto à idade da primeira relação sexual, a maioria dos participantes do estudo referiu ter iniciado a vida sexual com idade entre 13 e 17 (58,3%) anos. Nesta última variável, os dados apontam que existe diferença estatisticamente significativa na ocorrência das categorias (valor-p < 0,001).

Tabela 3 – Fatores relacionados à sexualidade das pessoas vivendo com HIV/aids. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	n	%	χ^2 (Valor-p)
Idade do primeiro namoro	8 a 12	18	25,0	< 0,001
	13 a 17	48	66,7	
	18 a 19	6	8,3	
	Total	72	100,0	

(Continuação)

Idade na primeira relação sexual	8 a 12	3	4,2	< 0,001
	13 a 17	42	58,3	
	18 a 19	17	23,6	
	20 acima	10	13,9	
	Total	72	100,0	
Uso de preservativo na primeira relação sexual	Sim	20	27,8	< 0,001
	Não	52	72,2	
	Total	72	100,0	
Número de parceiros sexuais que já teve na vida	Apenas 1	3	4,2	< 0,001
	2 a 9	38	52,8	
	10 ou mais	31	43,1	
	Total	72	100,0	
Relacionamento com pessoas do mesmo sexo	Sim	25	34,7	0,013
	Não	46	63,9	
	Recuso-me a responder	1	1,4	
	Total	72	100,0	
Sentimento em relação a vida sexual	Muito satisfeito (a)	7	9,7	< 0,001
	Satisfeito (a)	34	47,2	
	Pouco satisfeito (a)	16	22,2	
	Insatisfeito	14	19,4	
	Recusou-se a responder	1	1,4	
	Total	72	100,0	
Relações com parceiros fixos nos últimos 12 meses	Sim	30	41,7	0,491
	Não	41	56,9	
	Recuso-me a responde	1	1,4	
	Total	72	100,0	
Relações com parceiros casuais nos últimos 12 meses	Sim	15	20,8	< 0,001
	Não	57	79,2	
	Total	72	100,0	
Parceiro fixo atualmente	Sim	31	43,1	0,239
	Não	41	56,9	
	Total	72	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O início precoce da vida sexual encontrada neste estudo corrobora os dados apresentados em outras pesquisas. Brasil (2011) ressaltou que aproximadamente 26,8% da população brasileira de 15 a 64 anos tiveram a primeira relação sexual precocemente antes dos

15 anos de idade. Em pesquisa realizada por Silva et al. (2015), 30,5% dos participantes tiveram a iniciação sexual precoce.

Os adolescentes brasileiros tem tido a primeira relação sexual cada vez mais precocemente (MALTA et al., 2011). O início precoce da vida sexual constitui um fator de risco para infecção pelo HIV (CHAVES et al., 2014). Destaca-se que, indivíduos que iniciam a vida sexual cedo, têm mais probabilidade de ter múltiplos parceiros ao longo dos anos, o que contribui para maior vulnerabilidade ao HIV/aids (ABOIM, 2012).

No que se refere ao uso do preservativo na primeira relação sexual, 52 (72,2%) dos entrevistados não fizeram uso deste método na sexarca, e apenas 20 (27,8%) deles referiram a utilização do preservativo. Os resultados destas categorias apresentaram proporções estatisticamente diferentes (valor-p < 0,001).

Os dados obtidos na variável utilização do preservativo na primeira relação sexual divergem um pouco de alguns estudos encontrados, pois revelam menor adesão ao uso do preservativo. Segundo Brasil (2011), quase 61% da população brasileira com idade entre 15 a 24 anos afirmaram ter utilizado preservativo na primeira relação sexual. De acordo com Brum e Carrara (2012), o percentual de indivíduos que utilizaram camisinha na primeira relação sexual correspondeu a 78%.

Segundo Anjo et al. (2012), existe associação entre o comportamento estabelecido na primeira relação sexual com os parâmetros comportamentais que serão seguidos ao longo de toda vida. Desse modo, a não utilização do preservativo em casos de início da vida sexual com pouca idade, configura um aumento da probabilidade de relações sexuais desprotegidas e comportamentos de risco, implicando em uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids.

No que tange à quantidade de parceiros sexuais ao longo da vida, do total de participantes, 3 (4,2%) deles tiveram apenas um parceiro sexual durante a vida, 38 (52,8%) tiveram de 2 a 9 parceiros e 31 (43,1%) já se relacionaram sexualmente com 10 ou mais parceiros. Os dados mostram que existe diferença estatisticamente significativa na ocorrência das categorias (valor-p < 0,001).

Em pesquisa realizada com a população brasileira, em termos de múltiplos parceiros, 64% dos participantes com vida sexual ativa já se relacionaram sexualmente com mais de um parceiro e 25,3% tiveram mais de 10 parceiros (BRASIL, 2011). O fato de ter relações sexuais com múltiplos parceiros é considerado um comportamento de risco para ocorrência de HIV/aids e outras ISTs (CRUZEIRO et al., 2010).

Quanto à variável relacionamento com pessoas do mesmo sexo, 25 (34,7%) dos indivíduos entrevistados já se relacionaram com pessoas do mesmo sexo e 46 (63,9%) alegaram

que nunca se relacionaram. Estas categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes (valor-p = 0,013).

Os dados obtidos a respeito desta variável apresentam índices superiores aos do estudo realizado por Brasil (2011), no qual evidenciou que entre os homens o percentual de relação sexual com pessoas do mesmo sexo foi de 10% e nas mulheres correspondente a 5,2%.

Desde o início da epidemia, a infecção pelo HIV tem sido um problema complexo entre indivíduos que tem relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, uma vez que apesar das políticas voltadas a esse público, a ocorrência de contaminação com o vírus do HIV ainda é prevalente em homossexuais, bissexuais e travestis (BRASIL, 2008b). De acordo com Brasil (2007b), esse público encontra-se em contextos de vulnerabilidade relacionadas às práticas sexuais de risco.

Ainda na Tabela 3, aponta-se que das pessoas vivendo com HIV/aids entrevistadas, 41 (56,9%) delas declararam estarem satisfeitas ou muito satisfeitas em relação a sua vida sexual e 30 (20,8%) referiram estarem pouco satisfeitas ou insatisfeitas. Os dados descritos indicam que existe diferenças estatisticamente significativas na ocorrência destas categorias (valor-p < 0,001).

Em contrapartida aos resultados referidos, segundo Reis et al. (2011), com a aquisição da infecção ocorrem várias mudanças na vida das PVHA, inclusive nas relações afetivossexuais, e muitas vezes a vivência da sexualidade é atingida de forma negativa pela dificuldade de conviver com a doença, permeada por medos e angústias. De acordo com Tenório et al. (2015), as relações são caracterizadas pelo ressentimento e pela mágoa por ter adquirido a infecção do próprio parceiro, ou pelo medo de transmitir a infecção em casos de casais sorodiscordantes. Portanto, muitas PVHA decidem não se relacionar e optam pela abstinência das relações sexuais.

Em relação à prática de atividades sexuais, do total de entrevistados, 30 (41,7%) deles tiveram relações sexuais com parceria fixa nos últimos 12 meses e 41 (56,9%) não tiveram, evidenciando-se que não existe diferença estatisticamente significativa na ocorrência das categorias (valor-p = 0,491). Quanto à ocorrência de relações sexuais com parceria casual, 15 (20,8%) deles relataram que tiveram relações e 57 (79,2%) declararam que não, existindo diferença estatisticamente significativa nas proporções destes dados (valor-p < 0,001).

Os resultados supracitados assinalam menor ocorrência de relações sexuais no último ano em PVHA, tanto com parceiros fixos como com casuais, quando comparados com estudo realizado sobre a população brasileira. Conforme Brasil (2011), em torno de 87% das pessoas

sexualmente ativas nos últimos 12 meses tiveram relações sexuais com parceiros fixos e 27,9% alegaram relações sexuais com parceiros casuais nos últimos 12 meses.

Dentre os indivíduos que possuem parceiros ocasionais, são mais comuns pessoas jovens e que não estão casados ou em união estável. Além disso, mulheres demonstram se prevenir mais em relação aos homens, os quais apesar do conhecimento, apresentam maior descuido na utilização do preservativo em relações sexuais casuais (ABOIM, 2012).

Além do referido, dos participantes do estudo, 31 (43,1%) deles tem parceiro (a) fixo atualmente e 41 (56,9%) não estão em relacionamento estável, não havendo diferença estatisticamente significativa na ocorrência das categorias (valor-p = 0,239).

Assim, observa-se que a maioria dos participantes do estudo não possui parceiros fixos atualmente. Segundo Silva, Moura e Pereira (2013), a descoberta da infecção pelo HIV implica em várias mudanças na vida da PVHA, desde alterações na qualidade de vida, até modificações nas relações afetivossexuais. São comuns o sentimento de culpa por ter adquirido a infecção, o medo de transmiti-la para seu parceiro e as dificuldades no manejo das relações quando os parceiros são sorodiscordantes e, diante deste contexto, algumas pessoas optam por não se relacionarem.

Na Tabela 4, estão dispostas as variáveis relativas às práticas sexuais dos participantes da pesquisa e o diagnóstico da infecção pelo HIV. A maioria dos participantes do estudo (76,4%) não acreditava que poderia se contaminar com o vírus. Dentre os motivos relatados, destacam-se a confiança no parceiro, referido por 28 (38,9%) deles, o fato de ter parceria fixa, apontado por 5 (6,9%), e por estar há muito tempo com mesmo parceiro, pontuado por 3 (4,2%). Estes dados evidenciam que existe diferença estatisticamente significativa na ocorrência das categorias (valor-p < 0,001).

Tabela 4 –Práticas referentes à sexualidade dos participantes da pesquisa e o diagnóstico da infecção pelo HIV. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	n	%	χ^2 (Valor-p)
Percepção sobre o risco de contaminação antes de descobrir que tinha HIV/aids	Sim	17	23,6	<0,001
	Não, por confiar no (a) parceiro (a)	28	38,9	
	Não, por ter parceiro (a) fixo (a)	5	6,9	
	Não, por estar a muito tempo com parceiro (a)	3	4,2	
	Não, por motivos religiosos	1	1,4	
	Não, por outro motivo	18	25,0	
	Total		72	

(Continuação)

Frequência do uso do preservativo nas relações sexuais	Sempre	10	13,9	< 0,001
	Quase sempre	19	26,4	
	Às vezes	15	20,8	
	Quase nunca	9	12,5	
	Nunca	19	26,4	
	Total	72	100,0	
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) fixo (a)	Sempre	0	-	< 0,001
	Quase sempre	0	-	
	Às vezes	2	2,8	
	Quase nunca	4	5,6	
	Nunca	66	91,7	
	Total	72	100,0	
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) casual	Sempre	1	1,4	< 0,001
	Quase sempre	0	-	
	Às vezes	4	5,6	
	Quase nunca	4	5,6	
	Nunca	63	87,5	
	Total	72	100,0	
Motivos que influenciaram a não utilização do preservativo	Por confiar no (a) parceiro (a)	55	20,8	< 0,001
	Por ter parceiro (a) fixo (a)	52	19,6	
	Por estar há muito tempo com parceiro (a)	49	18,5	
	Por motivos religiosos	3	1,1	
	Por achar que diminui ou tira o prazer da relação	36	13,6	
	Porque o parceiro se recusa a usar	35	13,2	
	Porque não gosta de usar	29	10,9	
	Por vergonha de sugerir o uso do preservativo	6	2,3	
	Total¹	265	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: (1) Para o cálculo do total desta variável, utilizou-se como referência a quantidade de respostas e não o n amostral.

Estudo realizado com mulheres portadoras do vírus do HIV, apontou que a maioria das participantes casadas ou em união estável considerava o convívio prolongado com o parceiro como uma forma de proteção contra o HIV e, dessa forma, não se viam em risco para infecção devido à confiança ofertada ao parceiro estabelecida no relacionamento (PIERI; LAURENTI, 2012). Segundo Rodrigues et al. (2012), relacionamentos de tempo mais prolongado

contribuem para o aumento da vulnerabilidade de mulheres, em virtude de conceitos relativos às construções culturais e à submissão do feminino ao masculino nas relações.

Quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, 29 (40,3%) das pessoas entrevistadas declararam que sempre ou quase sempre utilizavam este método nas relações, 15 (20,8%) deles referiram às vezes e 28 (38,9%) afirmaram que nunca ou quase nunca, significando que existe diferença estatisticamente significativa na ocorrência destas categorias (valor-p < 0,001).

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Santos et al. (2016), em relação ao uso do preservativo como forma de prevenir a infecção pelo HIV. Segundo este estudo, 41,54% dos participantes referiram utilizar o preservativo para se protegerem, contudo, 38,4% afirmaram que não fazem uso de nenhum método.

Apesar do preservativo ser ofertado gratuitamente à população, e das pessoas terem conhecimento sobre as formas de prevenir a infecção pelo HIV, o uso do preservativo ainda configura uma prática pouco adotada durante as relações sexuais, representando um comportamento de risco para contaminação pelo HIV (OLIVEIRA et al., 2013).

Em relação à procura pelo serviço de saúde para realizar testagem anti-HIV após relação sexual desprotegida com parceiro fixo, ressalta-se que, do total de entrevistados, 70 (97,3%) deles relataram que quase nunca ou nunca procuravam saber sua sorologia. Quanto à busca pela testagem após relações desprotegidas com parceiros casuais, 67 (93,1%) dos participantes do estudo referiram nunca ou quase nunca. Os dados evidenciam que as categorias apresentam proporções estatisticamente diferentes nas duas variáveis (valor-p < 0,001).

Outras pesquisas apresentam dados que comprovam a baixa procura para realização de teste anti-HIV após relação sexual desprotegida. Segundo estudo realizado por Tang et al. (2012), apenas 14,2% dos participantes já haviam realizado o teste e 69,7% nunca tiveram o cuidado de saber sua sorologia. De acordo com Silva, Camargo e Iwamoto (2014), o percentual referente à baixa adesão à testagem anti-HIV foi um pouco mais elevado, correspondendo a 77,5%.

As iniciativas com fins de prevenção por parte da população são escassas. Geralmente, a descoberta da infecção pelo vírus do HIV está associada à procura pelo serviço de saúde em busca de assistência, quando já apresentam sintomatologia em decorrência de adoecimento (CARDOSO; MARCON; WAIDMANI, 2008).

Conforme Silva, Oliveira e Sancho (2013), com a alta incidência de adoecimento e de transmissão relacionada ao HIV/aids, surgiu a necessidade da implantação de políticas públicas para melhoria do acesso à testagem anti-HIV. Diante desse cenário, houve a expansão da oferta

de testes rápidos para à Atenção Primária à Saúde, com objetivo de ampliar o acesso a maior parcela da população em situação de vulnerabilidade, visando a redução dos casos de transmissão do HIV, evitar o adoecimento em decorrência da infecção pelo vírus, promover diagnóstico e tratamento precoce, além da diminuição da ocorrência de transmissão vertical.

No entanto, muitas vezes a ampliação do acesso à testagem não alcança o sucesso esperado. Segundo Araújo et al. (2014), mesmo com a melhoria do acesso à testagem, essa prática ainda é desconsiderada, pois as pessoas deixam de submeter-se ao teste pelo fato de não se considerarem em risco para a infecção pelo HIV.

Outra questão importante evidenciada neste estudo está relacionada aos motivos que influenciaram a não utilização do preservativo, sendo as principais causas relatadas: a confiança no parceiro (a), referido por 55 (20,8%) dos entrevistados; ter parceiro (a) fixo, assinalado por 52 (19,6%) deles; por estar há muito tempo com parceiro, apontado por 49 (18,5%) dos participantes; por achar que a camisinha diminui ou tira o prazer da relação, dito por 36 (13,6%) destes; porque o parceiro se recusa a usar, afirmado por 35 (13,2%); e porque não gosta de usar, pontuado por 29 (10,9%). Ressalta-se que existem diferenças estatisticamente significativas na ocorrência das categorias (valor-p < 0,001).

A confiança no parceiro configura-se como um dos principais motivos para o não uso do preservativo nas relações sexuais (GRANGEIRO et al., 2012; ANJOS et al., 2012; SANTOS et al., 2016). Em relacionamentos estáveis, a confiança na fidelidade do parceiro contribui para que o risco à infecção pelo HIV seja erroneamente descartado e, desse modo, não é considerada a necessidade de uso do preservativo (PIRES; BALIEIRO, 2012; TENÓRIO et al., 2015).

O fato de ter parceiro fixo é visto equivocadamente como uma forma de prevenção ao HIV, e os laços construídos na relação ao longo do tempo influenciam para que o risco de contaminação não seja percebido e o uso da camisinha seja dispensado quando o relacionamento se torna firme (OLIVEIRA et al., 2013). Nas relações de tempo prolongado, os laços de amor e confiança são muitas vezes vistos como forma de proteção contra a infecção, por esse motivo, o uso da camisinha não é visto como algo necessário (MIRANDA-RIBEIRO et al., 2015).

Pesquisas apontam que uma das causas comumente associadas a não utilização do preservativo, é o incômodo e a diminuição da sensibilidade ocasionada pela camisinha no ato sexual, associando-se à diminuição do prazer nas relações (ANJOS et al., 2012; PIRES; BALIEIRO, 2012; SANTOS et al., 2016).

Além do referido, frequentemente as mulheres deixam de se prevenir de ISTs por causa da recusa do parceiro em fazer uso do preservativo nas relações (OSTERMAN; CARVALHO;

FREZZA, 2014). A aceitação da mulher pela decisão tomada pelo parceiro está muitas vezes associada à situação de submissão nos relacionamentos (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015). A ideia do homem como provedor e os valores machistas contribuem negativamente na negociação do uso do preservativo entre o casal (SAMPAIO, 2011).

A prevenção de ISTs pode ser comprometida pelo fato das pessoas considerarem o uso do preservativo desagradável e não gostarem de utilizar, relacionando o preservativo à diminuição de prazer nas relações sexuais (SANTOS et al., 2016; TRONCO; DELLAGLIO, 2012; BEZERRA, 2015).

Na Tabela 5, verifica-se os fatores relacionados à sexualidade dos entrevistados e a ocorrência de associação com diagnóstico tardio ou não tardio da infecção pelo HIV. Em relação à variável idade do primeiro namoro, evidenciou-se que, indivíduos que namoraram pela primeira vez com idade entre 13 e 17 anos foram os que apresentaram maior ocorrência de DT, correspondendo a 73,3%. Quanto à idade da primeira relação sexual, houve mais casos de DT em pessoas que tiveram a primeira sexarca com idade entre 13 e 17 anos, valor correspondente a 55,6%. Essas variáveis não têm associação com o desfecho do diagnóstico (valor-p = 0,187; valor-p = 0,928, respectivamente).

Tabela 5 – Fatores relacionados à sexualidade dos entrevistados e a associação com diagnóstico tardio ou não tardio da infecção pelo HIV. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	Tardio		Não tardio		Valor-p (χ^2)
		n	%	n	%	
Idade do primeiro namoro	8 a 12	8	17,8	10	37,0	0,187
	13 a 17	33	73,3	15	55,6	
	18 a 19	4	8,9	2	7,4	
	Total	45	100,0	27	100,0	
Idade na primeira relação sexual	8 a 12	2	4,4	1	3,7	0,928
	13 a 17	25	55,6	17	63	
	18 a 19	11	24,4	6	22,2	
	20 acima	7	15,6	3	11,1	
	Total	45	100,0	27	100,0	
Uso de preservativo na	Sim	10	22,2	10	37,0	0,174
	Não	35	77,8	17	63,0	

primeira relação sexual	Total	45	100	27	100,0	
Número de parceiros sexuais que já teve na vida	Apenas 1	2	4,4	1	3,7	0,403
	2 a 9	21	46,7	17	63	
	10 ou mais	22	48,9	9	33,3	
	Total	45	100	27	100,0	
Relacionamento com pessoas do mesmo sexo	Sim	15	33,3	10	37,0	0,391
	Não	30	66,7	16	59,3	
	Recuso-me a responder	0	0,0	1	3,7	
	Total	45	100	27	100,0	
Percepção sobre o risco de contaminação antes de descobrir que tinha HIV/aids	Sim	12	26,7	5	18,5	0,209
	Não, por confiar no parceiro (a)	14	31,1	14	51,9	
	Não, por ter parceiro (a) fixo (a)	5	11,1	0	0,0	
	Não, por estar a muito tempo com parceiro (a)	1	2,2	2	7,4	
	Não, por motivos religiosos	1	2,2	0	0,0	
	Não, por outro motivo	12	26,7	6	22,2	
	Total	45	100	27	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Neste estudo, observa-se que pessoas que não utilizaram preservativo na primeira relação sexual apresentaram maior incidência de DT (77,8%), quando comparados aos que fizeram o uso (22,2%). Não houve associação entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e o tipo de diagnóstico (valor-p = 0,174).

Em relação à quantidade de parceiros sexuais durante a vida, os entrevistados que tiveram dez ou mais parceiros sexuais foram diagnosticados mais tardiamente, correspondendo a 48,9%. Os dados evidenciam que essa variável também não apresentou associação com a busca por diagnóstico (valor-p = 0,403).

De acordo com Silva et al. (2015), o início precoce da vida sexual constitui um comportamento sexual de risco, demarcada pelo uso indiscriminado do preservativo e pela probabilidade de relações com múltiplos parceiros ao longo do tempo, ocasionando o aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Com base na variável relacionamento com pessoas do mesmo sexo, a ocorrência de DT foi mais elevada em indivíduos que declararam nunca ter se relacionado com pessoas do mesmo

sexo, correspondendo a 66,7%. Os resultados não demonstram associação com o desfecho do diagnóstico (valor-p = 0,391). A literatura aponta que indivíduos heterossexuais estão mais propensos à apresentação tardia ao serviço de saúde para diagnosticar o HIV/aids, quando comparados aos HSH (SOUZA JÚNIOR, 2015).

Das PVHA entrevistadas, houve maior incidência de DT em indivíduos que não acreditavam que poderiam se contaminar com o vírus (73,3%), sendo a confiança depositada ao parceiro a principal causa associada à negação do risco. Segundo Darling et al. (2016), casais heterossexuais muitas vezes não se consideram em risco para infecção pelo HIV, associando a vulnerabilidade apenas às pessoas consideradas em comportamento de risco. Por esse motivo, são menos testados e mais propensos a serem diagnosticados tardiamente.

Na Tabela 6, apresenta-se a frequência do uso do preservativo nas relações sexuais, o DT foi mais prevalente em pessoas que declararam nunca utilizar o preservativo, valor correspondente a 31,1%. Além disso, os resultados evidenciados nessa variável indicam a existência de associação com a busca pelo diagnóstico (valor-p = 0,012).

TABELA 6 – Atitudes de prevenção do HIV/aids apresentadas pelos participantes da pesquisa. Campina Grande-PB, abril e maio de 2017. (n = 72).

Variável	Categoria	Tardio		Não tardio		Valor-p (χ^2)
		n	%	n	%	
Frequência do uso do preservativo nas relações sexuais	Sempre	7	15,6	3	11,1	0,012
	Quase sempre	6	13,3	13	48,1	
	Às vezes	13	28,9	2	7,4	
	Quase nunca	5	11,1	4	14,8	
	Nunca	14	31,1	5	18,5	
	Total	45	100	27	100,0	
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) fixo (a)	Sempre	0	-	0	-	0,817
	Quase sempre	0	-	0	-	
	Às vezes	1	2,2	1	3,7	
	Quase nunca	3	6,7	1	3,7	
	Nunca	41	91,1	25	92,6	
	Total	45	100	27	100,0	
Frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma	Sempre	0	0,0	1	3,7	0,498
	Quase sempre	0	-	0	-	
	Às vezes	2	4,4	2	7,4	
	Quase nunca	2	4,4	2	7,4	
	Nunca	41	91,1	22	81,5	

relação sexual desprotegida com parceiro (a) casual	Total	45	100	27	100,0	
Motivos que influenciaram a não utilização do preservativo	Por confiar no parceiro	31	56,4	24	43,6	0,418
	Por ter parceiro (a) fixo (a)	31	59,6	21	40,4	0,212
	Por estar há muito tempo com parceiro (a)	29	59,2	20	40,8	0,253
	Por motivos religiosos	3	100,0	0	0,0	-
	Por achar que diminui ou tira o prazer da relação	26	72,2	10	27,8	0,012
	Porque o parceiro se recusa a usar	22	62,9	13	37,1	0,176
	Porque não gosta de usar	22	75,9	7	24,1	0,009
	Por vergonha de sugerir o uso do preservativo	5	83,3	1	16,7	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Esta associação entre não utilizar preservativo e o diagnóstico do HIV/aids, indica comportamento de risco, atrelado à ausência da percepção do risco de contaminação. De acordo com Brasil (2017d), as relações sexuais homo ou heterossexuais com indivíduos infectados sem o uso do preservativo configuram um importante comportamento de risco para contaminação pelo HIV.

No que se refere à frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) fixo (a), a ocorrência do DT foi consideravelmente elevada em indivíduos que afirmaram nunca procurarem o serviço para se submeterem ao teste, correspondendo a 91,1% dos casos. Em relação à frequência de procura para realização de teste rápido de HIV, após uma relação sexual desprotegida com parceiro (a) casual, o DT apresentou proporções maiores em indivíduos que revelaram nunca ter a precaução de realizar o teste anti-HIV após as relações.

Com base em estudo realizado por Adekeye et al. (2012), apenas 25,4% dos participantes declararam que já realizaram teste anti-HIV, e dos que foram testados, 70% deles realizaram o teste há mais de cinco anos, e apenas 3,5% do total de participantes referiram que

planejavam testar o HIV nos próximos 12 meses após a pesquisa. Quanto à percepção de risco para infecção pelo HIV, cerca de 84,1% afirmaram que não tinham o risco de contrair o vírus.

Segundo Dickson et al. (2011), aqueles que tiveram um teste de HIV negativo nos últimos 2 anos e aqueles que se submeteram ao teste por motivos de prevenção, apresentam menor possibilidade de apresentar atraso no diagnóstico.

Quanto aos motivos que influenciaram a não utilização do preservativo, apresentaram maior ocorrência de DT aqueles que mencionaram as seguintes respostas: a confiança no parceiro, com 56,4% dos que responderam sendo diagnosticados com atraso (valor-p = 0,418); 59,6% dos que declararam por ter parceiro fixo e 59,2% dos que mencionaram por estar há muito tempo com parceiro apresentaram DT; dos que referiram porque o parceiro se recusa a usar, 62,9% tiveram retardo no diagnóstico (valor-p = 0,176).

Em relação aos que responderam não utilizar o preservativo por achar que diminui ou tira o prazer da relação, 72,2% foram diagnosticados tardiamente (valor-p = 0,012). Quanto aos que relataram o não uso do preservativo por não gostar de usar, 75,9% apresentaram DT (valor-p = 0,009), ocorrendo associação destas categorias com a busca pelo diagnóstico. Segundo Laroque et al. (2011), embora as pessoas tenham conhecimento das formas de transmissão das ISTs e acerca da importância da utilização do preservativo para prevenir contaminação, o uso da camisinha com o cônjuge não é um hábito, caracterizando um comportamento de risco que contribui para vulnerabilidade ao HIV.

6 Considerações Finais

O atraso no diagnóstico da infecção pelo HIV pode resultar em perdas de oportunidades para prevenir comorbidades e agravos à saúde, aumentando o risco de transmissão e disseminação da doença, além de elevar a mortalidade em decorrência da infecção. Logo, o diagnóstico oportuno e subsequente início precoce do tratamento são fundamentais para promover melhor qualidade de vida, diminuir a carga viral e minimizar a possibilidade de transmissão do vírus. Neste contexto, é imperioso investigar os fatores que podem estar relacionados ao DT do HIV/aids, especificamente quais os aspectos referentes à sexualidade interferem ou se associam à busca por diagnóstico.

Retomando os objetivos propostos nesta pesquisa, estimou-se a prevalência de DT da infecção pelo HIV em Campina Grande-PB e realizou-se a análise de associação de variáveis relacionadas à sexualidade de PVHA com a ocorrência ou não de atraso no diagnóstico do HIV. Os dados evidenciaram quanto à categoria de exposição e o diagnóstico da infecção pelo HIV, que a principal via de transmissão foi a sexual, e a maioria das PVHA entrevistadas apresentaram DT (62,5%) e carga viral elevados no momento do diagnóstico.

No que se refere aos fatores relacionados à sexualidade dos participantes, observou-se maior prevalência de início precoce da vida sexual (58,3%), a não utilização de preservativo na primeira relação sexual (72,2%), a prática de relações com 2 a 9 parceiros sexuais ao longo da vida (52,8%), relacionamento com pessoas do sexo oposto (63,9%), satisfação relacionada à vida sexual (56,9%), ausência de relações sexuais no momento (56,9%) e não possuir parceiro fixo (56,9%).

Quanto às práticas referentes à sexualidade dos participantes e o diagnóstico do HIV, a maior parte não se considerava em risco para infecção, por diversos motivos, como: a confiança no parceiro, por ter parceiro fixo e o tempo prolongado de união. Além disso, os principais motivos que conduziram o não uso do preservativo foram: por confiar no parceiro, por ter parceiro fixo, por achar que diminui ou tira o prazer da relação e por não gostar de usar. Observou-se também baixa procura por testes anti-HIV, após relação sexual desprotegida.

A ocorrência de DT apresentou maior prevalência entre aqueles que iniciaram precocemente a vida sexual, que não utilizaram preservativo na primeira relação sexual, que referiram ter dez ou mais parceiros, que não utilizam preservativo nas relações sexuais, que são heterossexuais, que apresentam baixa percepção de risco e entre os indivíduos que nunca fizeram o teste anti-HIV. A busca por diagnóstico apresentou associação com as variáveis frequência de uso do preservativo, e com os seguintes motivos para a não utilização do mesmo: não gostar de utilizar preservativo e por achar que o preservativo tira ou diminui o prazer na relação.

Como estratégias para modificar essa realidade, sugere-se a ampliação do acesso à testagem anti-HIV, a capacitação permanente dos profissionais de saúde para abordar de forma adequada essa temática, além da implementação da Educação Popular em Saúde, objetivando aumentar o conhecimento e percepção acerca da vulnerabilidade e da prevenção do HIV/aids.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa podem contribuir para formulação de políticas e estratégias relacionadas à prevenção e ao controle da infecção pelo HIV, que propiciem o diagnóstico oportuno do HIV/aids.

Na realização deste estudo, ocorreram algumas limitações relacionadas à coleta dos dados, pois não foi possível concluir a amostra nos dias previamente estabelecidos por sorteio, devido a entraves na dinâmica de funcionamento e impossibilidades por parte dos serviços, a dificuldade em encontrar os dados requeridos para pesquisa nos prontuários dos pacientes, pois muitos destes apresentavam déficit de informações e também devido ao número de recusas. Dessa forma, foram necessários outros dias além dos previamente sorteados para alocação amostral.

Sugere-se que sejam realizados outros estudos que aprofundem a investigação dos aspectos relacionados à sexualidade das PVHA e sua associação com a busca pelo diagnóstico do HIV, com a utilização de outras abordagens, como, por exemplo, a pesquisa qualitativa.

Referências



ABATI, P. A. M.; SEGURADO, A. C. Testagem anti-HIV e estadió clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Pará, v. 49, n. 16, p.2-8, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101785>>. Acesso em: 23 jan. 2017

ABOIM, S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.99-112, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n1/a13v17n1>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

ADEKEYE, O. A. et al. The New Invincibles: HIV Screening among Older Adults in the U.S. **Plos**, California, v. 8, n. 7, 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043618>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AGABA, P. et al. Patients who present late to HIV care and associated risk factors in Nigeria. **Hiv Medicine**, Ooooo, v. 15, n. 7, p.396-405, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24580742>>. Acesso em: 30 jun. 2017

ANJOS, R. H. D. et al. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 46, n. 4, p.829-837, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/48094/51872>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

ANTINORI, A. et al. Report of a European Working Group on late presentation with HIV infection: recommendations and regional variation. **Antiviral Therapy**, v. 15, p. 31-5, **Suppl 1**, 2010. Disponível em: <<http://www.intmedpress.com/journals/avt/article.cfm?id=1525&pid=88&sType=AVT>>. Acesso em: 15 mar. 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. 1, 2016. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3263-y>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. 2017. Disponível em: <<http://abi aids.org.br/>>. Acesso em: 22 fev. 2017

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Quero saber...informações sobre o teste de HIV**, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/613/18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>_. Acesso em: 10 jan. 2017

ASSOCIAÇÃO DAS PROSTITUTAS DA PARAÍBA. 2017. Disponível em: <<http://aprospb1.blogspot.com.br/>>Acesso em: 22 fev. 2017

ARAÚJO, B. C.; CAMPOS, D. P. **Mapa dos bairros de Campina Grande**. 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_bairros_e_distritos_de_Campina_Grande>. Acesso em: 08 mar. 2017.

ARAÚJO, C. L. F. et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.82-89, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0082.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

BARROSO, L. M. M. et al. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-HIV em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 12, n. 1, p.23-29, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/9233>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

BARTLET, J. G. 10 Chances in HIV Care that Are Revolutionizing The Field. 2013

BASTOS, D. C. et al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo hiv/aids. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.330-336, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a09.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BASTOS, F.; ANDRADE, M. “Ser mulher não tem nada a ver com dois cromossomos x”: Impactos da perspectiva feminista de gênero no ensino da ciências. **Revista Diversidade e Educação**, v. 4, n. 8, p.56-64, 2016. Disponível em: <<https://furg.emnuvens.com.br/divedu/article/view/6740/4427>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

BEZERRA, J. S. **Religiosidade e autocuidado em relação ao HIV e à aids entre mulheres atendidas no centro de referência da saúde da mulher em Santarém/Pará**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Teologia, Faculdade Est, São Leopoldo, 2015. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/BR-SIFE/533/bezerra_js_tmp382.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórico do Programa Nacional de DST e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/historico-do-programa-nacional-de-dst-e-aids>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Plano Nacional enfrentamento da epidemia de aids e das DST entre gays HSH e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/plano_HSH.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Programa Nacional de DST e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2010/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – **Relatório de Situação** – Paraíba. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política Brasileira de enfrentamento da aids, resultados, avanços e perspectivas- 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/politica-brasileira-de-enfrentamento-da-aids-2012>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Diagnóstico do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_hiv_2014.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha de prevenção às DSTs e aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/9807-ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-prevencao-as-dsts-e-aids>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Tratamento antirretroviral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/7>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias de luta contra a aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo_01_pdf_28749.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Novo protocolo aumenta acesso ao tratamento com antirretrovirais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18211-novo-protocolo-aumenta-acesso-ao-tratamento-com-antirretrovirais>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Ministério da Saúde apoia organizações que atuam no combate a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2016/ministerio-da-saude-apoia-organizacoes-que-atuam-no-combate-aids>>. Acesso em: 19 mar. 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, 2016c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/manual-tecnico-para-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Brasil bate recorde de pessoas em tratamento contra o HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contra-o-hiv-e-aids>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **História da aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv-aids>. Acesso em: 04 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Tipos de exames**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/tipos-de-exames>>. Acesso em: 05 dez. 2016

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/duvidas-frequentes->. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 20 fev. 2017

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. 280 p. Tradução de: Juraci A. Cesar.

BORGES, M. J. L. **Integralidade da Atenção à Saúde das Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Uma Avaliação de Serviços de Assistência Especializada**. 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13694/1/630.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, p.689-697, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/29068>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

CARDOSO, A. L.; MARCON, S. S.; WAIDMANI, M. A. P. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/aids e sua família. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.326-332, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a05.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2017.

CARRIZOSA, C. M. et al. Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. **Aids Patient Care Stds**, v. 24, n. 5, p.333-340, May 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20438374>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CARVALHO, P. M.G. et al. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Interdisciplinar**, v. 3, n. 6, p.81-88, 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/64/pdf_41>. Acesso em: 16 dez. 2016.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G.; SILVA, R. M. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença*. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.94-100, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100015>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e Sexualidade**: Unesco, 2004. 426 p.

CELESIA, M. B. 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.2018-2024, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893189>>. Acesso em: 02 maio 2017

CHADBORN, T. R. et al. The late diagnosis and consequente short- term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). **AIDS**, v. 20, n. 18, p. 2371-3279, Nov. 2006

CHAVES, A. C. P. et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. **Rev Bras Enferm.**, Distrito Federal, v. 67, n. 1, p.48-53, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267030130007/>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n., p.1049-1058, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/023.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

DAI, S. Y. et al. Prevalence and factors associated with late HIV diagnosis. **Journal of medical virology**, v. 87, n. 6, p. 970-977, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/wo11/doi/10.1002/jmv.24066/full>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

DARLING, K. et al. Apresentação tardia para o atendimento ao HIV, apesar do bom acesso aos serviços de saúde: tendências epidemiológicas atuais e como melhorar. **Swiss Medical**

Weekly, p.1-7, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27544642>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

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 & STDs**, v. 20, n. 12, p. 838-847, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192149>. Acesso em: 07 jan. 2017.

DICKSON, N. P. et al. Late presentation of HIV infection among adults in New Zealand: 2005–2010. **Hiv Med**, 00000, v. 13, n. 3, p.182-189, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2011.00959.x/full>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

DOURADO, I. et al. What's pregnancy got to do with it? Late presentation to HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. **AIDS care**, v. 26, n. 12, p. 1514-1520, 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2014.938016?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FAKOYA, I. et al. Religion and HIV Diagnosis Among Africans Living in London. **Hiv Med.**, p. 607-622. Não é um mês valido! 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22726318/>>. Acesso em: 05 jun. 2017

FERREIRA, M. P. Knowledge and risk perception on HIV/AIDS by Brazilian population: 1998 and 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000800009&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 02 mar. 2017.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**: Ensaio sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond Ltda, 2006. 455 p. Tradução de Lucia Ribeiro da Silva.

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

GOMES, A. M. T.; SILVA, É. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.2-8, 2011.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re- emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para seu enfrentamento. **Interface comum. Saúde Educ.**, v.19, n. 52, p. 5-6, 2015.

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: 21 jan. 2017.

GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p.674-684, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n4/4111.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2017.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência e Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 21, n. 5, p.1553-1564, 2016.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. 2017. Disponível em: <http://www.giv.org.br/>. Acesso em: 22 fev. 2017.

GRUPO DE TRABALHOS EM PREVENÇÃO POSITHIVO. 2017. Disponível em: <http://www.gtp.org.br/new/index.php>. Acesso em: 22 fev. 2017.

GUTIÉRREZ, M. R. B.; PÉREZ, N. R. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 25, n. 2, p. 1-12, 2009. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi03209.htm. Acesso em: 01 jan. 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: 19 jan. 2017.

HAAG, C. B. **Avaliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids (CTA) de Porto Alegre/RS na perspectiva de seus aconselhores**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4360/CristinaHaag.pdf?squence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>. Acesso em: 02 fev. 2017.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero :Conceitos e termos**. 2. ed. Brasília, 2012. 42 p. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/GÊNERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

LAROQUE, M. F. et al. SEXUALIDADE DO IDOSO: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.774-780, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/22315/14454>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

LEITE, O. H. M. Alterações hematológicas associadas a infecção pelo HIV, ainda um problema? Is HIV infection with hematologic abnormalities still a problem? **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 32, n. 1, p.3-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n1/a02v32n1.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p.189-201, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

LIMA, D. J. M. **Análise da vulnerabilidade ao HIV/aids de homens que fazem sexo com homens segundo práticas sexuais**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em

Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/7179/1/2014_dis_djmlima.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2017.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.349-369, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

MALTA, D.C. et al. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev Bras Epidemiol**, Ooooo, v. 14, n. 1, p.147-156, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2017

MARQUES, B. G. **Fatores que influenciam o diagnóstico tardio de HIV/AIDS: um olhar sociológico de casos em Porto Alegre**. 2015. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARQUES JUNIOR, J. S.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 511-520, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a24v17n2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017

MIRANDA, D. S. M. **O serviço social e o enfrentamento da aids na Paraíba: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/aids do município de Campina Grande-PB**. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Serviço Social, Centro de Humanas e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/7221/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

MIRANDA-RIBEIRO, P. et al. “É igual chupar bala com papel”: a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids e o uso de camisinha em Belo Horizonte e Recife. **Demografi A em Debate**, v. 2, p.392-416, 2015. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/614/pdf_436>. Acesso em: 08 jun. 2017.

MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Top. Antivir. Med.**, [S.l.], v. 21, n. 3, p.110-4, jul.-ago. 2013.

MOREIRA, A. L. **Diagnóstico tardio da infecção por VIH na ilha de Santiago**. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Desenvolvimento, Intituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

MOREIRA, R. I. et al. Immune Status at Presentation for Human Immunodeficiency Virus Clinical Care in Rio de Janeiro and Baltimore. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 57, n. Suppl 3, 2011: S171–S178. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170137/>. Acesso em: 25 set. 2016.

MUKOLO, A. et al. Predictors of late presentation for HIV diagnosis: a literature review and suggested way forward. **Aids Behav**, v. 17, n. 1, p.5-30, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22218723>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

NDIAYE, B. et al. Factors associated with presentation to care with advanced HIV disease in Brussels and Northern France: 1997-2007. **Biomed Central Ltd**, v. 11, n. 11, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226905>>. Acesso em: 09 maio 2017

NOGUEIRA, M. J. “**Sexualidade e Gênero na Adolescência: Uma Perspectiva Educacional**”. 2008. 253 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_11.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

OLIVA, J. et al. Predictors of advanced disease and late presentation in new HIV diagnoses reported to the surveillance system in Spain. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 28, n. 2, p. 116-122, abr. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014002200005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2016

OLIVA, J. et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España Delayed diagnosis of HIV infection in Spain. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, Madrid, v. 28, n. 9, p.583-589, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X10001965>>. Acesso em: 18 maio 2017.

OLIVEIRA, J. G. et al. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao hiv/aids. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p.702-724, 2013. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/614/pdf_436>. Acesso em: 09 jun. 2017.

OLIVEIRA, T. V. **As relações afetivas- sexuais das pessoas que vivem com HIV/aids**. 2015. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15448/1/Talita_Vendrame_de_Oliveira.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

OSTERMANN, A. C.; CARVALHO, T. R.; FREZZA, M. Quem decide (ou não) pela camisinha? a abordagem da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em ligações para um call center governamental sobre saúde. **Polifonia**, Cuiabá, v. 21, n. 29, p.177-197, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/polifonia/article/view/1361/1442>>. Acesso em: 10 maio 2017.

PARAÍBA 2017, **Serviços em Hiv/aids do estado da paraíba**. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwin_Y_H1vnSAhWCDJAKHdnbC64QFgg3MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.pb.gov.br%2Fweb_data%2Fservicos.doc&usg=AFQjCNFKyGyDfB8Ssq3qLBmgLxEbp9wjIw&bvm=bv.150729734,d.Y2I Acesso em: 02 jan. 2017.

PAULA, P. S. R.; LAGO, M. C. S. Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. **Ciencias Sociales y Educación**, Medellín, Colombia, v. 2, n. 4, p.43-67, 2013. Disponível em:
<http://revistas.udem.edu.co/index.php/Ciencias_Sociales/article/view/786> Acesso em: 03 jan. 2017.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L.Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p.3249-3257, 2011. Disponível em:
<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3823/art_PEREIRA_A_sociedade_civil_contra_a_Aids_demandas_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03 jan. 2017.

PEREIRA, B. S. et al. Enfrentamento da feminização da epidemia da aids. **F G Ciência**, v. 1, n. 1, p.1-18, 2011

PIRES, M. R. M.; BALIEIRO, C. R. B. Representações dos homens heterossexuais sobre DST/aids e o uso de preservativo nas relações sexuais [representations of heterosexual men on STD/aids and condom use in sexual relationships]. **Sau. & Transf. Soc**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p.89-104, 2012. Disponível em:
<<http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1515>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.759-765, 2010. Disponível em:
<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3591/art_GIR_Convivendo_com_a_diferenca_o_impacto_da_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 fev. 2017.

REIS, R. K. **Qualidade de vida de portadores de HIV/aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais**. 2008. 274 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06102008-141759/pt-br.php>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

RENESTO, H. M. F. et al. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.36-42, 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0036>>. Acesso em: 01 jul. 2017

RISCADO, J. L. S. **“Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids”**. 2013. 120 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Ensp/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

RODRIGUES, L. S. A. et al. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais*. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.349-355, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a12v46n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SAMPAIO, J. Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino1. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.171-181, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/2161/1/19.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SANTOS, A. T. O. et al. Novos avanços relacionados ao HIV/aids. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p.80-102, 2012. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/45/45>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SANTOS, C. P. et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p.60-70, 2016. Disponível em: <<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15085/10687>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SCHAEFER, A. S. et al. Mudanças que ocorrem na vida da mulher portadora do HIV/aids após o diagnóstico. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Jardim Mariano, v. 1, n. 9, p.14-16, 2013. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/47>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

SILVA, A. S. N. et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-amaz Saude**, v. 6, n. 1, p.27-32, 2015. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v6n3/v6n3a04.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV*. **Rev. Esc. Enferm Usp**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.401-406, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40371/43308>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

SILVA, L. M. S.; MOURA, M. A. V. D.; PEREIRA, M. L. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/aids: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p.335-342, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71427998009/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

SILVA, L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Comportamento sexual dos acadêmicos ingressantes em cursos da área da saúde de uma universidade pública. **Reas**, Uberaba, v. 3, n. 1, p.39-52, 2014. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/929/661>>. Acesso em: 04 maio 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, p.636-645, 2013.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual aids epidemic in Brazil. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 7, n. 10, p.6039-6046, 2013.

Disponível em: <file:///C:/Users/Usuário/Downloads/4882-47966-1-PB (1).pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SILVA, R. M. O.; ARAÚJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.630-636, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SOUZA JÚNIOR, J. G. C. **Apresentação tardia aos serviços de referência para o cuidado em HIV e aids na cidade do Recife, Pernambuco**. 2015. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14539>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

TANCREDI, M. V. **Sobrevida de pacientes com HIV e AIDS nas eras pré e pós terapia antirretroviral de alta potência**. 2010. 139 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TANG, H. L. et al. [Analysis on late diagnosis reasons of newly diagnosed HIV/AIDS patients]. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, v. 46, n. 11, p.1004-1008, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23363921>>. Acesso em: 04 maio 2017.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4, p.324-329, 2015. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9658>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

TENÓRIO, L. M. C. et al. Representações sociais de mulheres soropositivas para o HIV acerca da sexualidade. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 9, n. 2, p.633-642, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10382/11130>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

TIBÚRCIO, A. S. Avaliação Imunoviológica Inicial de Pacientes com HIV/ Aids em um Serviço de Assistência Especializada. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. v. 22, n. 1, p. 01-03, 2010. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista22-1-2010/Avaliacao%20imunovirologica%20de%20Pacientes%20com%20HIV-Aids%20AHEAD.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2016

TRONCO, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Caracterização do Comportamento Sexual de Adolescentes: Iniciação Sexual e Gênero. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p.254-269, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v5n2/v5n2a06.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

UNAIDS, **Como a aids mudou tudo**, 2015 Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/3-Dados-Relat%C3%B3rio-ODM-6-Mundo-UNAIDS.pdf> Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. **Global aids up date**, 2016a. Disponível em: [16ahttp://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update-2016_en.pdf](http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update-2016_en.pdf). Acesso em: 20 fev. 2017

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

_____. **Lacunas na Prevenção**, 2016c. Disponível em:<
<http://unaid.org.br/2016/07/3883/>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

VALENTINI, M. B. **Momento diagnóstico da infecção pelo HIV em relação à contagem de LTCD4+, carga viral e quadro clínico em um serviço especializado de belo horizonte de 2008 a 2010**. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em:
<<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-9Q5HWW>>. Acesso em: 03 maio 2017.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 192 p.

VITIELO, N. O exercício da sexualidade em fins do século XX. **Rev. Bras Sexual Humana**, v.7, n. 1, p.15-30, 1996.

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 _____

<p>7. Escolaridade</p> <p>Quantidade de anos de estudo: _____</p>	<p>8. Ocupação:</p> <p>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 _____</p>
<p>9. Local de moradia:</p> <p>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 _____</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>10. Zona: 1 <input type="checkbox"/> Urbana</p> <p> 2 <input type="checkbox"/> Rural</p>
<p>11. Número de cômodos na casa:</p> <p>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</p> <p>12. Seu domicílio possui esgotamento sanitário adequado (rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>13. Possui acesso à água encanada no domicílio?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>14. Possui coleta de lixo regular em seu domicílio?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>15. A rua do seu domicílio é pavimentada?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>16. Tem telefone celular móvel para uso pessoal?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>17. Utilizou internet nos últimos três meses?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Tipo de transporte que utiliza:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Transporte público 2 <input type="checkbox"/> Automóvel/ motocicleta próprio 3 <input type="checkbox"/> Outro _____</p>	<p>19. Cobertura de plano de saúde:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Renda mensal familiar:</p> <p>_____</p>	<p>21. Orientação afetivossexual:</p> <p>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</p>
<p>22. Alguma vez já teve infecção sexualmente transmissível (IST/DST)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>22.1 Se sim, qual?</p>	<p>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,</p>

<p>Sífilis 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Gonorréia 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</p> <hr/> <p>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</p> <p>23. Utiliza tabaco fumado?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p>	<p>uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) em uma única ocasião?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>25. Já utilizou drogas ilícitas alguma vez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
B. DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS	
Provável modo de transmissão	
<p>26. Transmissão vertical</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>27. Sexual</p> <p>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</p>
<p>28. Sanguínea</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p>29. Se foi sanguínea, qual a via?</p> <p>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</p>
<p>30. Contagem de linfócitos T CD4+ no momento do diagnóstico (adquirir informação no prontuário): _____</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Menor que 200 células/mm³ 2 <input type="checkbox"/> 200 a 349 células/mm³ 3 <input type="checkbox"/> 350 a 499 células/mm³ 4 <input type="checkbox"/> 500 células/mm³ ou mais 5 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	
<p>31. Carga viral no momento do diagnóstico (adquirir informação no prontuário): _____</p> <p>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</p>	
<p>32. Tempo entre o primeiro resultado positivo de HIV e a apresentação ao serviço de saúde para os cuidados com a infecção:</p>	<p>34. Tempo com diagnóstico da infecção pelo HIV: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe</p>

<p>_____ <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>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</p>	<p>35. Data do diagnóstico: _____/_____/_____. (consultar prontuário)</p>
<p>36. Possui diagnóstico de aids? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>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</p>
<p>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</p> <p>Câncer cervical invasivo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Candidose de esôfago 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Citomegalovirose (exceto fígado, baço e linfonodos) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Criptococose extrapulmonar 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Criptosporidiose intestinal crônica (período > 1 mês) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Herpes simples mucocutâneo (período > 1 mês) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Histoplasmose disseminada 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Isosporidiose intestinal crônica (período > 1 mês) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Leucoencefalopatia multifocal progressiva 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Linfoma não-Hodgkin de células B e outros linfomas 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Linfoma primário do cérebro 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Pneumonia por <i>Pneumocystis carini</i> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose ou hanseníase) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Sepse recorrente por <i>Salmonella</i> (não tifóide) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p> <p>Toxoplasmose cerebral 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	
<p>C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS</p>	
<p>39. Qual o motivo pelo qual buscou o serviço de saúde para realizar o teste de HIV?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Indicação médica ou de outro profissional de saúde</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Pré-natal</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Suspeita após relação sexual desprotegida</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Após relação sexual com parceiro HIV-positivo</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Após acidente com material biológico</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Por ter compartilhado agulhas no uso de drogas injetáveis</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Por apresentar-se doente com sintomas de aids</p>	

8 <input type="checkbox"/> Para saber seu estado sorológico por curiosidade ou precaução
9 <input type="checkbox"/> Outro _____
40. Quando ficou doente, buscou outras alternativas antes de procurar o serviço de saúde? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica
40.1 Quais alternativas?
Uso de plantas medicinais 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Homeopatia 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Medicina tradicional chinesa/acupuntura 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Instituição religiosa/benzedeiro (a) 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim
Outro 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim _____
41. O (a) senhor (a) considera que demorou a buscar o serviço de saúde para fazer o teste de HIV? 1 <input type="checkbox"/> Sim, por se sentir saudável 2 <input type="checkbox"/> Sim, por sentir medo da doença 3 <input type="checkbox"/> Sim, por sentir medo do estigma/preconceito 4 <input type="checkbox"/> Sim, por acreditar que não tinha o risco de se contaminar com o HIV 5 <input type="checkbox"/> Sim, por outro motivo _____ 6 <input type="checkbox"/> Não 7 <input type="checkbox"/> Ignorado
42. Qual foi o primeiro serviço de saúde procurado para realizar o teste de HIV? 1 <input type="checkbox"/> UBS/ USF 2 <input type="checkbox"/> Ambulatório de referência 3 <input type="checkbox"/> Serviço de Assistência Especializada 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"/> Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) 9 <input type="checkbox"/> 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

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

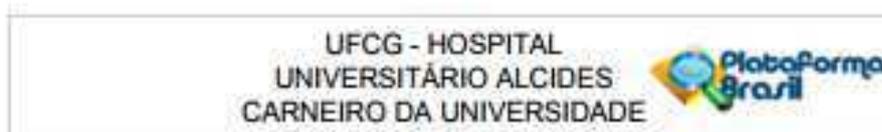
Eu, _____,
 Carteira de Identidade no. _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa e da liberdade de retirar o consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo e que concordo em participar dessa pesquisa, cedendo os direitos

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.

Campina Grande-PB, ____/____/2017.

Anexos

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62201919.6.3001.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.973.826

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
 Bairro: São José CEP: 58.107-670
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83) 3101-5545 Fax: (83) 3101-5523 E-mail: cep@nuac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Formoc: 1.0/2008

cada 100 mil habitantes em 2005, para 7,3 em 2014 e, no Nordeste, aumentou 34,3%, passando de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015a). Na Paraíba, desde 1985, ano do primeiro caso de aids notificado, até 2014, foram registrados 6.717 casos da doença e 2.004 óbitos. Em 2014, foram notificados 462 casos de aids e 136 óbitos decorrentes da doença, apresentando uma taxa de detecção de 11,7/100.000 habitantes e um coeficiente de mortalidade de 3,4/100.000 habitantes. Os cinco municípios da Paraíba que apresentaram a maior quantidade de casos de aids acumulados, até junho de 2010, foram: João Pessoa (2.091), Campina Grande (692), Santa Rita (189), Bayeux (170) e Cabedelo (137). Dentre estes municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em João Pessoa, capital do Estado (207,8/100.000 habitantes) (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2011). Em João Pessoa, no ano de 2014, a taxa de detecção foi de 24,7/100.000 habitantes, valor superior à taxa nacional, e o coeficiente de mortalidade foi de 4,4/100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, a Paraíba apresentou 431 novos casos de HIV/aids, sendo 127 (aproximadamente 30%) de residentes em João Pessoa (BRASIL, 2015a; PARAÍBA, 2015). Na última década, os dados epidemiológicos referentes à infecção pelo HIV e à aids revelaram avanços no combate à doença, com redução da morbimortalidade e o estabelecimento de sua cronicidade, naqueles países onde o acesso à terapia antiretroviral (TARV) é uma realidade, embora este progresso configure-se como frágil e desigual. Não obstante a ampliação do acesso à TARV e os avanços tecnológicos no manejo dos casos, o HIV/aids permanece no topo dos agravos de saúde pública, afetando a qualidade de vida da população e impactando a economia e as estruturas sociais e familiares (WHO, 2011; FONSECA; BASTOS, 2007). Nos últimos 20 anos, no Brasil, a introdução do acesso universal e gratuito à TARV acarretou importante impacto na morbimortalidade por aids (PALELLA et al., 2006; FAZITO-REZENDE; VASCONCELOS; PEREIRA, 2010), com aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), diminuição das internações hospitalares, redução das infecções oportunistas e da transmissão do HIV (MARINS et al., 2003; MATIDA et al., 2008; POLEJACK; SEIDL, 2010; MONTANER, 2013). Em dezembro de 2013, o Brasil inovou no combate à epidemia, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a preconizar o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+ (LT-CD4+), considerando a motivação do paciente (BRASIL, 2013a). Em contrapartida, a subnotificação dos casos, as desigualdades regionais no acesso a serviços de saúde especializados, as barreiras na implementação de ações preventivas eficazes, o diagnóstico tardio e subsequente adoecimento pela aids e agravamento dos casos, o retardo do início oportuno da TARV, os entraves na adesão ao tratamento e índices significativos de mortalidade representam muitos desafios no campo da Saúde Coletiva, para o

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, nº 1
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (81) 331-2543 Fax: (81) 331-5633 E-mail: cep@uacatq.ufpb.br

Continuação do Roteiro 1.071.004

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

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, nº 1
Bairro: São José CEP: 58.107-870
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83) 3101-3545 Fax: (83) 3101-5533 E-mail: osp@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Formos: 1.071438

micromodelações do imaginário da aids, como a angústia e o medo com a proximidade do desconhecido, as dificuldades para “desincrustar” territórios e ideologias já estabelecidos, a concepção fatalista da doença, o estigma e a pluralidade de percepções acerca do contágio e da prevenção do HIV, que formam o conjunto das representações sociais sobre a aids (ALMEIDA et al., 2010; ALMEIDA; LABRONICI, 2007). O diagnóstico tardio faz parte deste contexto social, material e imaginário da epidemia de aids, o que parece ainda afastar os usuários dos serviços de uma busca efetiva para descobrir a situação sorológica e aceitar o tratamento preventivo no menor tempo possível. Nesta perspectiva, o diagnóstico precoce é de suma importância, pois as PVHA em uso de TARV, que mantêm contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável, alcançam expectativa de vida semelhante à da população geral (BRASIL, 2013b). Estudos apontam algumas definições e classificações para o retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV. Considera-se diagnóstico muito tardio para as pessoas com 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. O diagnóstico tardio é caracterizado pela contagem de CD4 inferior a 350 células/mm³. No Brasil, desde 2012, pessoas assintomáticas com CD4 inferior a 500 células/mm³ (contagem que evidencia alteração do marcador laboratorial) são recomendadas a iniciar a TARV, sendo este também um dos critérios utilizados no presente estudo para inclusão na classificação de diagnóstico tardio. Ressalta-se que em todos os casos descritos, o tratamento antiretroviral deverá ser iniciado imediatamente (ANTINORI et al., 2010; GRANJEIRO et al., 2011; BRASIL, 2013b; HALL et al., 2013). Segundo dados de Brasil (2015a), no ano de 2015, 25% das PVHA chegaram ao serviço de saúde com diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, considerando o critério de contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³. Este percentual alcançou as proporções alarmantes de 42% e de 60%, ao se considerar os parâmetros de CD4 inferior a 350 células/mm³ e inferior a 500 células/mm³, respectivamente. Estudo realizado em Cuba analisou a ocorrência de diagnósticos tardios em pessoas com HIV e apontou algumas causas de atraso, tais como: falta de equipes multiprofissionais no atendimento ao HIV/aids; ineficácia das atividades educativas e preventivas devido à falta de qualificação profissional; e déficit na busca ativa das pessoas infectadas, a ser realizada pelos profissionais da APS, principalmente entre as populações-chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI), pessoas que vivem em prisões e transgêneros (GUTIÉRREZ; PÉREZ, 2009; BRASIL, 2015a). Ressalta-se que, além dos fatores apontados na pesquisa supracitada, faz-se necessária a compreensão das múltiplas dimensões de vida das PVHA, suas relações sociais, identidade, cultura, família, trabalho, crenças e subjetividades sobre si e sobre os outros e o mundo, que

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, nº1
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8545 Fax: (83)2101-8533 E-mail: cep@uauc.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 1.073.636

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

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83) 2101-2545 Fax: (83) 2101-5523 E-mail: osp@nuac.ufcp.edu.br

UFMG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.073.638

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, nº1
Bairro: São José CEP: 58.107-676
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@nuacc.ufcp.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer 1.0716/2017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes documentos:

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

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, nº 1
Bairro: São José CEP: 56.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-2542 Fax: (83)2101-6223 E-mail: cep@nucc.ufpb.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.692446

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	622019166parecer.pdf	18/11/2018 10:09:06	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625580.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 15:19:36	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_Catedelo.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_pesquisadoranesp0001.pdf	18/11/2018 15:14:52	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefones: (83) 2101-0540 Fax: (83) 2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.073.626

CAMPINA GRANDE, 20 de Março de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

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

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62201916.6.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.870.281

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 Glaser 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 30385

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3429-4592

E-mail: cep@proj.ufmg.br

Continuação do Formulário 1.0/2018

Especializada (SAE) do Estado, localizados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Cabedelo e Santa Rita, que acompanham regularmente as pessoas vivendo com HIV/aids provenientes de todos os municípios paraibanos. Para o eixo quantitativo, a amostra será do tipo aleatória estratificada, formada pelos usuários de saúde com HIV/aids atendidos nos SAE referidos e em tratamento antiretroviral. A amostra total será constituída por 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 And 51.388
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4000 E-mail: ccep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.470.281

formulação de políticas e ações de saúde voltadas para o diagnóstico precoce da infecção do HIV e tratamento oportuno, que proporcionam a diminuição da morbimortalidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/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 substanciado da CD Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública -UFMG

TCLE em forma de carta convite.

Declaração de divulgação de resultados.

Cartas de anuências: Prefeitura Municipal de Cabedelo; Universidade Federal da Paraíba/Hospital F. Lauro Wanderley; Complexo Hospitalar De Doenças Infecção- 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 2ª Adm 31202

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3499-4552

E-mail: coep@ceop.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.676/18

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	Anuenda_HospitalClementinoFraga.pdf	18/11/2018 15:21:23	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_de_anuenda_CampinaGrande.pdf	18/11/2018 15:20:40	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_anuenda_SantaRita0001.pdf	18/11/2018 15:19:35	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuenda_HUAC.pdf	18/11/2018 15:18:53	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_Anuenda_HULW.pdf	18/11/2018 15:17:38	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Termo_de_Anuenda_Cabedelo.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_pesquisadoranesp onsevel0001.pdf	18/11/2018 15:14:52	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	18/11/2018 15:14:19	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	18/11/2018 15:13:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	822019166parecer.pdf	16/12/2018 10:09:05	Vivian Resende	Aceito
Outros	822019166aprovacao.pdf	16/12/2018 10:09:19	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 7ª Ad 51 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 4399-4592 E-mail: conep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.470.201

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Rezende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar 31202
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefones: (31)3409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br