

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAYZE BRAZ DE OLIVEIRA

**Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais
associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com
HIV/aids**

Ribeirão Preto

2018

LAYZE BRAZ DE OLIVEIRA

**Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais
associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com
HIV/aids**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de pesquisa: Doenças infecciosas:
problemáticas e estratégias de enfrentamento

Orientadora: Profa. Dra. Renata Karina Reis

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Braz de Oliveira, Layze

Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids. Ribeirão Preto, 2018

111 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Reis, Renata Karina.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Assistência ao Paciente, 3. Comportamento Sexual. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Controle de Doenças Transmissíveis.

BRAZ DE OLIVEIRA, Layze

Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente na minha vida a cada segundo e por me proporcionar sabedoria para lidar com os impasses impostos durante a pós-graduação e por me permitir concretizar esse sonho.

A prof.^a Dar Renata Karina Reis mais que uma orientadora, serei grata pelas críticas pela paciência, competência e disponibilidade, seu conhecimento sobre o assunto que foram de grande valia.

Às profas. Dras. Elucir Gir e Lis, Rosilane, que fizeram parte da banca de qualificação, obrigada pela disponibilidade e contribuições. Vocês são grandes referências para mim

À coordenação da pós-graduação pela paciência, disponibilidade, pelo seu fazer ético e disciplinado.

Aos meus pais, José Braz de Oliveira Filho, pelo estímulo, pelas cobranças, pela educação, pelo apoio nas minhas decisões profissionais. A minha mãe, Ivanídia Maria de Moura que sempre presente, se dispôs a me ajudar em todos os momentos nessa difícil trajetória e minhas irmãs Lorena e Larissa.

Ao meu esposo Raiflan Reis, pessoa importante na minha vida, se fez presente em todos os momentos dessa caminhada, obrigada pelo apoio incondicional, companheirismo e por compreender os muitos momentos de ausência, sem você tudo ficaria mais difícil.

A toda minha família, irmãs, avós, tios e primos pelo incentivo e carinho.

Ao meu amigo Artur, que esteve comigo nos momentos mais difícil dessa caminhada, que não foram poucos, me escutando e me apoiando sempre, ao meu amigo Álvaro pelo apoio e por sempre me lembrar do quanto sou capaz, obrigada por me acolherem com tanto carinho e cuidado, vocês são grandes exemplos para mim.

Às minhas amigas Christefany, por todos os momentos bons que você me proporcionou pelas palavras de apoio sempre cheias de bom humor e alegria. Seu apoio foi essencial nessa jornada.

Às minhas amigas Jamille e Giselle pelos momentos de alegria e pelo apoio nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

A todos, meu muito obrigado!

RESUMO

OLIVEIRA, L. B. Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids. 2018. 111f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com objetivo de descrever e caracterizar as variáveis sociodemográficas, clínicas, afetivo-sexuais, de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids, caracterizar as ações educativas oferecidas no serviço de saúde dessas pessoas, analisar os fatores sociodemográficos, clínicos, afetivo-sexuais e a utilização das estratégias de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com sorologia do parceiro sexual em pessoas vivendo com HIV/aids. A coleta de dados foi realizada em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Teresina, de novembro de 2016 a março de 2017. Foram incluídos indivíduos com idade \geq a 18 anos; que estivesse em um relacionamento fixo ou casual mantendo relação sexual e com resultado de exame sorológico reagente para HIV e excluídos gestantes e pacientes em situação de privação de liberdade e aqueles que obtinham acesso aos medicamentos antirretrovirais pelo programa, mas com acompanhamento em serviço privado. Uma amostra não probabilística foi formada por 173 indivíduos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em sala privativa. Utilizou-se instrumento de caracterização para avaliação socioeconômica, demográfica, clínica, afetivo-sexuais, de gerenciamento de risco e as ações educativas oferecidas pelos serviços de atendimento especializado construído para estudo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob protocolo nº CAAE 59293316.6.0000.5393/2016. Entre as parcerias sexuais identificou-se um perfil de pacientes sorodiscordantes em sua maioria do sexo masculino, adultos, jovens, procedentes de Teresina, com ensino médio completo, pardos, com renda de até três salários mínimos, residindo com 1 a 2 pessoas no domicílio, entre as variáveis clínicas as parcerias sexuais sorodiscordantes tinham um predomínio de contagens de células CD4 acima de 500 com carga viral indetectável. Verificou-se associação estatística entre a sorologia do parceiro e o sexo, estado civil, filho, número de filhos. Quanto as variáveis afetivo-sexuais entre casais sorodiscordantes houve um predomínio de heterossexuais com parceria sexual fixa, o uso consistente do preservativo se fez presente na maioria dos casais, a coinfeção mais prevalente foi a sífilis, em relação as práticas sexuais o sexo oral e anal foram os mais prevalentes, a maioria utilizou álcool nas relações sexuais e a revelação da condição sorológica para o parceiro foi realizada entre mais da metade das parcerias sexuais, entretanto um minoria consideram importante realizar essa revelação. A sorologia do parceiro sexual foi associada com tipo de parceria, uso do preservativo masculino, prática sexual vaginal insertivo, divulgação do diagnóstico do HIV para a parceria sexual e considera importante a divulgação do HIV para o parceiro. Quanto as estratégias de gerenciamento de risco entre as parcerias sexuais sorodiscordantes as estratégias mais utilizadas foi a ingestão da medicação antirretroviral e o uso do preservativo, o diálogo com a parceria sexual sobre métodos de prevenção do HIV foi frequente entre os casais. Verificou-se associação estatística entre a sorologia do parceiro e uso do preservativo masculino, combinações de estratégia de prevenção, uso de PEP quando o preservativo estourasse e frequência com que você e seu parceiro (a) conversam sobre o melhor método de prevenção para o casal. A oferta de ações dispostas pelos Serviços de saúde ainda é limitada, aquém das reais

necessidades dos pacientes. Conclui-se que as PVHA no município de Teresina, acompanhadas ambulatorialmente estabelecem parcerias sexuais, a sorologia do parceiro foi influenciada pelas variáveis sociodemográficas, afetivo-sexuais, de gerenciamento de risco. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para o atendimento das parcerias sexuais, com foco na promoção da saúde e prevenção do HIV para o parceiro sorodiscordante, a atuação do serviço deve ser integral de forma a atender os pacientes de forma holística.

Descritores: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Assistência ao Paciente; comportamento Sexual. Assistance Ambulatorial. Controle de Doenças Transmissíveis.

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. B. **Socio-demographic, clinical, behavioral and affective-sexual factors associated with serodiscordant sexual partners of people living with HIV / AIDS**. 2018. 111f. Dissertation (Master degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2018.

This is a cross-sectional, analytical study aimed at describing and characterizing sociodemographic, clinical, affective-sexual, risk management of people living with HIV/AIDS, characterizing the educational actions offered in the health service of these people, to analyze sociodemographic, clinical, affective-sexual factors and the use of risk management strategies for people living with HIV/AIDS and its association with serology of the sexual partner in people living with HIV/AIDS. The data collection was performed in a Specialized Care Services (SAE) of the municipality of Teresina, from November 2016 to March 2017. Individuals with age ≥ 18 years were included; who were in a fixed or casual relationship maintaining sexual intercourse and with HIV serological test result and excluded pregnant women and patients in situations of deprivation of liberty and those who obtained access to antiretroviral drugs by the program but with follow-up in private service. The data collection was performed in a Specialized Care Services (SAE) of the municipality of Teresina, from November 2016 to March 2017. Individuals with age ≥ 18 years were included; who were in a fixed or casual relationship maintaining sexual intercourse and with HIV serological test result and excluded pregnant women, patients in situations of deprivation of liberty and those who obtained access to antiretroviral drugs by the program but with follow-up in private service. A non-probabilistic sample consisted of 173 individuals. Data were collected through individual interviews, in a private room. We used a characterization tool for socioeconomic, demographic, clinical, affective-sexual, risk management evaluation and the educational actions offered by specialized care services built for study. The project was approved by the ethics committee under protocol No. CAAE 59293316.6.0000.5393/2016. Among the sexual partnerships, a profile of serodiscordant patients, mostly males, adults, young people, from Teresina, with full secondary education, "brown", with income of up to three minimum salaries, residing with 1 to 2 persons at home, among the clinical variables serodiscordant sexual partners had a predominance of CD4 cell counts above 500 with undetectable viral load. There was a statistical association between the serology of the partner and the sex, marital status, having a child, number of children. As for the affective-sexual variables among serodiscordant couples there was a predominance of heterosexuals with fixed sexual partners, consistent condom use was present in most couples, the most prevalent coinfection was syphilis, in relation to sexual practices, oral and anal sex were the most prevalent, most used alcohol in sexual relations and the disclosure of the serological condition for the partner was performed between more than half of the sexual partnerships, however a minority consider it important to carry out this revelation. As for risk management strategies among serodiscordant sexual partnerships, the most commonly used strategies were ingestion of antiretroviral medication and condom use, dialogue with sexual partners on HIV prevention methods was frequent among couples. There was a statistical association between the partner's serology and male condom use, combinations of prevention strategies, PEP use when the condom burst and how often you and your partner talk about the best method of prevention for the couple. The offer of actions provided by the Health Services is still limited, below the real needs of the patients. We conclude that the PLWHA in the city

of Teresina, accompanied ambulatory establish sexual partners, the partner's serology were influenced by sociodemographic, sexual-affective variables, risk management. Thus, it is necessary the development of strategies for the service of sexual partnerships, with a focus on health promotion and HIV prevention for the serodiscordant partner, the service's performance must be integral so as to attend patients holistically.

Descriptors: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Patient Care; sexual behavior. Ambulatory Care. Control of Communicable Diseases.

RESUMEN

OLIVEIRA, L. B. **Factores sociodemográficos, clínicos, comportamentales y afectivos-sexuales asociados con asociación sexual serodiscordante de personas viviendo con VIH / sida.** 2018. 111f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2018.

Se trata de un estudio transversal, analítico, con el objetivo de describir y caracterizar las variables sociodemográficas, clínicas, afectivo-sexuales, de gestión de riesgo de personas viviendo con VIH/sida, caracterizar las acciones educativas ofrecidas en el servicio de salud de esas personas, analizar los factores sociodemográficos, clínicos, afectivo-sexuales y la utilización de las estrategias de gestión de riesgo de personas que viven con VIH/sida y su asociación con serología del compañero sexual en personas que viven con VIH/sida. La recolección de datos fue realizada en un Servicio de Atención Especializada (SAE) del municipio de Teresina, de noviembre de 2016 a marzo de 2017. Fueron incluidos individuos con edad \geq a 18 años; que estuvieron en una relación fija o casual manteniendo relación sexual y con resultado de examen serológico reactivo para VIH y excluidos gestantes, pacientes en situación de privación de libertad y aquellos que obtenían acceso a los medicamentos antirretrovirales por el programa pero con acompañamiento en servicio privado. Una muestra no probabilística fue formada por 173 individuos. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales, en sala privada. Se utilizó un instrumento de caracterización para evaluación socioeconómica, demográfica, clínica, afectivo-sexual, de gestión de riesgos y las acciones educativas ofrecidas por los servicios de atención especializada construido para estudio. El proyecto fue aprobado por el comité de ética bajo protocolo nº CAAE 59293316.6.0000.5393 / 2016. Entre las asociaciones sexuales se identificó un perfil de pacientes serodiscordantes en su mayoría del sexo masculino, adultos, jóvenes, procedentes de Teresina (PI), con educación media completa, pardos, con ingresos de hasta tres salarios mínimos y residiendo con 1 a 2 personas en el domicilio. Entre las variables clínicas las asociaciones sexuales serodiscordantes tenían un predominio de recuentos de células CD4 por encima de 500 con carga viral indetectable. Se verificó asociación estadística entre la serología del compañero y el sexo, estado civil, tener hijos y número de hijos. En cuanto a las variables afectivo-sexual entre las parejas serodiscordantes hubo un predominio de heterosexuales con asociación sexual fija, el uso consistente del preservativo se hizo presente en la mayoría de las parejas, la coinfección más prevalente fue la sífilis, en relación a las prácticas sexuales el sexo oral y anal fueron los más prevalentes, la mayoría utilizó alcohol en las relaciones sexuales y la revelación de la condición serológica para el partero fue realizada entre más de la mitad de las alianzas sexuales, sin embargo una minoría consideran importante realizar esa revelación. Se verificó asociación estadística entre la serología del compañero y el uso del condón masculino, combinaciones de estrategia de prevención, uso de PEP cuando el condón estalló y la frecuencia con que usted y su pareja conversan sobre el mejor método de prevención para la pareja. La oferta de acciones dispuestas por los Servicios de salud aún es limitada, por debajo de las necesidades reales de los pacientes. Se concluye que las PVHA en el municipio de Teresina, acompañadas ambulatorialmente establecen alianzas sexuales, la serología del socio fueron influenciadas por las variables sociodemográficas, afectivo-sexuales, de gestión de riesgo. Así, se hace necesario el desarrollo de estrategias para la atención de las alianzas sexuales, con foco en la promoción de la salud y prevención del VIH para el socio serodiscordante,

la actuación del servicio debe ser integral para atender a los pacientes de forma holística.

Descriptores: VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Asistencia al paciente; comportamiento sexual. Asistencia Ambulatoria. Control de las enfermedades transmisibles.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI). Brasil, 2018 (n=173)	38
.....	
Tabela 2 - Distribuição das características afetivos-sexuais de pessoas vivendo com o HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	41
.....	
Tabela 3 - Distribuição das características de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	43
.....	
Tabela 4 - Variáveis relacionada as ações oferecidas nos serviços de saúde para parcerias sexuais entre PVHA. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	45
.....	
Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas e clínicas de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	46
.....	
Tabela 6 - Variáveis afetivos-sexuais de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	49
.....	
Tabela 7 - Variáveis de estratégias de gerenciamento de risco de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)	53
.....	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CDC	Center For Disease Control And Prevention
MSM	Homens Que Fazem Sexo Com Outros Homens
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Serviço de assistência especializado
SUS	Sistema Único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T-CD4	Linfócitos T auxiliares
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 A epidemia da aids: interface histórica e contextual.....	18
2.2 A vulnerabilidade e sua interpelação com o HIV.....	20
2.3 Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV.....	21
2.4 Parceiros sexuais de pessoas vivendo no contexto da infecção pelo HIV/aids.....	24
3 OBJETIVOS	30
3.1 Gerais.....	31
3.2 Específicos.....	31
4 MÉTODO	32
4.1 Tipo de Estudo.....	33
4.2 População e Amostra do estudo.....	33
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	34
4.4 Instrumento de coleta dos dados.....	34
4.5 Variáveis de interesse para o estudo.....	35
4.6 Análise dos dados.....	36
4.7 Aspectos Éticos.....	36
5 RESULTADOS	37
6 DISCUSSÃO	57
7 CONCLUSÃO	75
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	93
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Essa infecção foi reconhecida pela primeira vez nos Estados Unidos em 1981; desde então, espalhou-se afetando todos os países, constituindo um dos mais complexos problemas de saúde pública no mundo (HANCUCH et al., 2018).

Essa epidemia completou sua terceira década em 2001, avançando em grandes proporções. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), globalmente existem aproximadamente 37 milhões de pessoas viviam com HIV/aids (UNAIDS, 2016).

A despeito da infecção pelo HIV/aids permanecer como uma doença incurável, os avanços científicos no que se diz respeito ao tratamento medicamentoso e recursos diagnósticos têm possibilitado uma redução da morbimortalidade e aumento da expectativa de vida das pessoas infectadas pelo vírus. O tratamento com antirretrovirais tem atenuado o processo de adoecimento, modificando a identidade da aids que passou a ser considerada como condição crônica (OGUNTIBEJU; OLUWAFEMI, 2012).

Dessa forma, o indivíduo vivendo com HIV tem a possibilidade de reconstruir seus projetos de vida após a descoberta da soropositividade ao HIV. Essa condição tem gerado debate sobre as diversas maneiras de conviver com o HIV/aids, desde atividades cotidianas, até o afetivo-sexual. Todo esse contexto propicia o aparecimento de relacionamento conjugais entre pessoas com o HIV em que os dois são infectados pelo vírus, chamados soroconcordantes, ou nos quais somente um deles é infectado os casais sorodiferentes (REIS; GIR, 2010).

Nessa perspectiva, é cada vez mais frequente a formação de casais vivendo no contexto do HIV, os quais requerem um cuidado pelos dos profissionais da saúde que contemple os aspectos biopsicossociais do paciente. Desta forma, é premente que a equipe de saúde transcenda seus cuidados permitindo uma atenção à saúde além do seu caráter biológico, contemplando de forma holística outros aspectos importantes da vida, como sexualidade, afetividade e relacionamentos, visando à busca da qualidade de vida desses indivíduos (GUANILO et al., 2014).

A despeito da mudança no enfrentamento da infecção pelo HIV/aids, que passou de uma doença letal para a ter uma cronicidade controlada que não existe a

cura, mas tem tratamento, tal situação ainda reporta um grande desafio para profissionais de saúde, no que concerne às medidas de prevenção e ao nível de informação que envolve essa problemática. Os estabelecimentos de serviços de saúde muitas vezes não apresentam habilidade para conduzir esse novo perfil de paciente (REIS; GIR, 2010).

Os parceiros sexuais infectados enfrentam questões que vão desde o risco de transmissão do HIV por meio de relações sexuais, estigma e até a administração da diferença sorológica, no que diz respeito à decisão reprodutiva (SHAN et al., 2011)

O uso de preservativos tem sido enfatizado como a principal estratégia de prevenção e da transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre casais sorodiferentes a recomendação é a utilização dessa estratégia combinada com o uso de antirretrovirais (ARV), principalmente em pacientes com carga viral detectável, atrelado a isso, é recomendado a antecipação do início da ARV independente da contagem de LT-CD4+, o aumento da testagem e aconselhamento, a utilização da profilaxia Pré-exposição (PrEP) pelo parceiro soronegativo e da profilaxia pós-exposição (PEP) (HALLAL et al., 2015).

Além destas estratégias, recomenda-se o diagnóstico e tratamento adequado das IST, tais como sífilis, gonorreia e clamídia são frequentes em pacientes com HIV/aids, as quais aumentam as chances de uma pessoa ser infectada com HIV duas a três vezes (SPEZIA et al., 2015; IBSP, 2016).

Compreender o risco individual de contrair uma IST requer o conhecimento não só do número de parceiros sexuais, mas também a natureza do relacionamento, práticas sexuais e estratégias de prevenção. Nessa perspectiva, são importantes a identificação desses casais que vivem no contexto do HIV e a implementação de intervenções eficazes e efetivas, com o intuito de possibilitar o gerenciamento do risco da transmissão sexual do HIV e outras IST (SAID; SEIDL, 2015).

O comportamento relacionado ao risco de infecção do HIV também vem sendo pautado desde o início da epidemia, desta forma infere-se que mesmo atingindo indiscriminadamente qualquer grupo social, essa infecção acomete em maior proporção àquelas cujas vulnerabilidades individual, social ou programática sobrepõe-se (GUANILO et al., 2014).

É possível perceber que, mesmo após três décadas da epidemia do HIV/aids no mundo, ainda é insuficiente e deficiente a assistência à saúde às pessoas vivendo com essa infecção. Em especial para os casais sorodiferente, é necessário

transcender a assistência de Enfermagem que, até então, era executada a esse grupo com foco assistencialista e curativa. Dessa forma, aponta-se preocupação com outras dimensões também afetadas por essa doença, como configurações conjugais de casais sorodiscordantes e medidas de prevenção adotadas pelos mesmos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A epidemia da aids: interface histórica e contextual

Desde o surgimento dos primeiros casos da aids em 1980 nos Estado Unidos, essa infecção tem se configurado uma das mais importantes e devastadoras epidemias. Foi possível isolar e identificar o HIV, processo que permitiu sua identificação como retrovírus e sua denominação como “vírus da imunodeficiência humana” (HIV) (REYNOLDS; QUINN, 2010).

A história demonstra que, em 1981, nos Estado Unidos, o *Center for Disease Controle and Prevention* (CDC) relatou os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (hoje, *Pneumocystis jiroveci*) e sarcoma de Kaposi em homens homossexuais que passaram a apresentar quadro de imunodeficiência grave e acentuada diminuição na contagem de linfócitos T-auxiliares. Um ano depois, em 1982, já eram relatados casos semelhantes em usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, usuários de hemoderivados e na progênie, cujas mães faziam uso de droga injetável (CDC, 1982).

No âmbito brasileiro o primeiro caso de aids foi identificado em 1982 em uma época em que o estigma e o preconceito afetavam os pacientes de forma intensa, nessa época o país passava por um momento de transformação política de ditadura militar autoritária, em 1986 se estabeleceu o Programa Nacional de Aids com a proposta de melhorar a epidemia dessa infecção e 1996 estipulou uma provisão universal de disposição de medicamentos antirretrovirais (DINH; CHOWELL; ROTHENBERG, 2018).

A compreensão do cenário dessa epidemia foi construída de forma estigmatizada e mal fundamentada, com barreiras para a prevenção eficaz e sustentável, cuidados, tratamento e programas de apoio. Criou-se uma visão de que as pessoas vulneráveis a essa infecção, introduzida nos chamados grupos de riscos, eram homossexuais, prostitutas e usuários de drogas, deixando de lado a possibilidade de aquisição da infecção entre mulheres, homens e heterossexuais e ocasionando estigmas e discriminações para os portadores dessa infecção (HARAPAN et al., 2015; MEIRELLES; SILVA; VIEIRA, 2010).

2.2 A vulnerabilidade e sua interpelação com o HIV

O conceito de vulnerabilidade começou a ser introduzido em estudos sobre desastres, pobreza e fome em meados dos anos de 1990, nessa perspectiva foi desenvolvido uma metodologia específica para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids, com o intuito de desmistificar a interação de determinados fatores e suas relações com o aumento ou a redução da possibilidade de aquisição da infecção pelo HIV (FERNANDES et al., 2017).

O conceito de vulnerabilidade ampliou o foco das dimensões da exposição ao HIV para fatores sociais, políticos, institucionais e comportamentais enfatizando que a transmissão do HIV ocorre de acordo com comportamentos individuais, mas enfatiza o contexto que cria a vulnerabilidade maior ou menor a comportamentos de risco e, portanto, à infecção e ao adoecimento (SOARES et al., 2017).

Esse conceito foi edificado com o intuito de melhorar o modelo de grupo e de comportamento de risco, enfatizando que a suscetibilidade de indivíduos à infecção também ocorre segundo fatores relativos ao contexto social, individual e à disponibilidade ou não de recursos para o enfrentamento da epidemia, nesse sentido surgiu três dimensões interdependentes e complexas que determinam as formas de exposição pelo HIV que são caracterizadas como programática, social e individual (FERNANDES et al., 2017).

A vulnerabilidade individual envolve os níveis cognitivo e comportamental. O cognitivo se relaciona à qualidade da aquisição dos conhecimentos sobre o HIV e a capacidade de incorporá-los e gerenciá-los nos relacionamentos em sociedade. O comportamental está ligado à relação desses conhecimentos adquiridos à capacidade de perceber contextos interpessoais e sociais geradores de vulnerabilidades, que influenciam atitudes e comportamentos práticos em relação à epidemia. A dimensão individual associada às demais dimensões levaria à consciência da epidemia e à possibilidade de seu enfrentamento (BEZERRA et al., 2015).

A vulnerabilidade social envolve aspectos sociopolíticos atrelados aos culturais os quais abordam condições socioeconômicas, acesso à informação, grau de escolaridade; disponibilidade de recursos materiais; capacidade de organização da sociedade civil, direitos humanos, discriminação e preconceito dirigidos às minorias, crenças religiosas, concepções sobre a sexualidade e simetria ou assimetria nas relações de gênero. Estas últimas se relacionam ao menor ou maior poder da mulher

nas negociações conjugais, inclusive o uso de preservativo (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

A vulnerabilidade programática relaciona-se ao nível de desenvolvimento das políticas e programas para o enfrentamento da epidemia do HIV e aids. Fazem parte desse nível a existência de programas que planejam e gerenciam ações que integram assistência e prevenção e contemplam toda a população com suas especificidades e diversidades, universalização, integralidade e humanização do atendimento, financiamento eficaz e contínuo das ações, participação da sociedade civil na elaboração e planejamento das políticas e ações. Quanto menor a capacidade de implementação destas dimensões, mais vulneráveis são as populações e os indivíduos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

2.3 Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV

Em 1992, sucederam descobertas científicas no âmbito biomédico e mudanças nas políticas públicas brasileiras sobre prevenção e tratamento das IST. Em 1996, noticiou-se a probabilidade de tratamento com antirretrovirais na Conferência de aids, em Vancouver, e o governo brasileiro anunciou a disponibilização universal desses medicamentos pelo então recém-constituído Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova condição macroestrutural mudaria definitivamente o panorama epidemiológico brasileiro (MAKSUD, 2009).

O advento dos antirretrovirais proporcionou aos pacientes transformações significativas tanto nas condições de saúde das pessoas vivendo com o HIV/aids, como no significado social da doença, mas os efeitos colaterais inerentes ao tratamento podem dificultar a adesão e interferir na qualidade de vida. Dessa forma, destaca-se a importância da continuidade de estudos investigativos, como o intuito de identificar alternativas terapêuticas e estratégias preventivas (BOYD, 2012; SYED et al., 2013).

As IST estão entre categorias de doenças para as quais adultos em países em desenvolvimento mais buscam tratamento médico. Aproximadamente 20 milhões de novos casos ocorrem nos Estados Unidos a cada ano, resultando mais de 17 bilhões de dólares em custos para a saúde, sendo que a maior parte desse custo é devida ao HIV, o câncer cervical, e as complicações da pélvica doença inflamatória (HUNTER et al., 2014).

Quando se trata do HIV/aids no mundo existem aproximadamente 37 milhões de pessoas infectadas com HIV. De 2005 a 2015 a incidência global dessa infecção permaneceu estável, aproximadamente 2 a 5-2 · 6 milhões por ano, a prevalência de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) aumentou de milhões no ano de 1985 para 28, 0 milhões em 2000, de 2000 para 2015 esse crescimento foi de 8% (SINGH et al., 2017, UNAIDS, 2016; GBS, 2015).

Na África subsaariana principalmente a ocidental, sul e oriental o número de novas infecções chega de 1 a 8 milhões anual, no exterior da África subsaariana, o sul da Ásia o percentual de novos casos chegou a 8,5% ao ano, o Sudeste da Ásia apresentou um percentual 4,7%. As maiores taxas de incidência na Europa foram identificadas na Rússia. Nas Américas, apenas Belize, Guiana e Haiti apresentaram taxas de mais de 50 por 100 000 pessoas (GBS, 2015).

O panorama da mortalidade pelo HIV de forma global se apresentou de forma decrescente ao longo dos anos com uma redução de 45% de 2005 a 2015, diversas regiões apresentaram uma um percentual distinto de diminuição do HIV com 38% no leste e sul da África, 24% na Europa Ocidental e América do Norte, 24% na Ásia e no Pacífico, 18% na América Latina e Caribe, 10% na África Ocidental e Central, em contrapartida no Oriente Médio, na Europa Oriental, na Europa Oriental e no Norte da África o aumento foi de 22% (GBS, 2015).

No Brasil de acordo com o ministério da saúde, estima-se que para 2015 existam um quantitativo de aproximadamente 827 mil pessoas com essa infecção no país, destas 715 mil (87%) tem o conhecimento da sua situação sorológica, 677 mil (95%) realizaram cadastro em atendimento ambulatorial especializado com pelo menos um exame de carga viral e T-CD4 (Linfócitos T auxiliares) ou para recebimento de medicação e 565 mil (83% dos cadastrados) estão em acompanhamento assíduo nesses serviços de especializados (BRASIL, 2016; WHO, 2016).

O território brasileiro é subdividido em cinco macrorregiões norte, nordeste, meio-oeste, sudeste e sul e o quantitativo de casos da infecção pelo HIV no país diverge de acordo com a região, o sudeste e sul são as mais desenvolvidas economicamente e têm o maior número de casos dessa infecção no país, em contra partida o percentual de mortalidade por aids é maior nas regiões mais pobres (GRINBERG et al., 2015).

De acordo com as regiões, a Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano, a Nordeste, 7,9 mil, a Sudeste, 17,0 mil, a Sul, 8,6 mil, e a Centro-Oeste, 2,7 mil.

A Região Nordeste apresenta uma tendência de crescimento linear, com 14,3% do total dos casos identificados no referido ano (BRASIL, 2014).

O Brasil, com uma população superior a 192 milhões habitantes e o quinto mais populoso do mundo, e marcadamente heterogêneo em nível socioeconômico e densidade, apresenta o maior percentual de pessoas infectadas quando equiparado a países da América Central e do Sul, a prevalência de aids na população adulta é de 0,6% e a incidência de novos casos foi de 17,9 / 100,000 habitantes em 2010 (GRAF; PINTO, 2013).

A cidade do Rio de Janeiro localizada no sudeste do Brasil, ocupa a segunda região do país com maior número de casos de 2000 a 2015 apresentou 79.078 casos de aids se caracterizando um dos principais epicentros da epidemia, com um grande percentual de pessoas que desconhecem seu estado de HIV (FERREIRA et al., 2017).

A região sul apresenta um panorama preocupante com o maior número de óbito por aids e a maior taxa de detecção do país. A taxa de incidência nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina foram de 37,6 e 30,2 casos novos por 100 000 pessoas, respectivamente, em contrapartida no Paraná a taxa de incidência foi de 19 casos novos por 100.000 pessoas, ressalta-se que Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul estava entre as dez regiões brasileiras com maior incidência do HIV em 2010 com uma incidência de 99,8 casos novos por 100.000 pessoas, a maior incidência de aids no país (GRAF; PINTO, 2013).

Os casos notificados de HIV no Estado do Piauí de 2000 a 2015 apresentaram aumento no decorrer dos anos, exceto em 2011 e 2015 quando se observou uma redução dos casos notificados, com um total de 3208 casos notificados. Só no estado 2.036 pacientes identificado com essa infecção (DATASUS, 2015).

O Programa UNAIDS estabeleceu metas para a doença: até o ano 2020, 90% das PVHA deverão saber sobre o seu diagnóstico; 90% de todas as PVHA receberão terapia antirretroviral; 90% das pessoas em tratamento atingirão supressão viral durável, representando tratamento efetivo. Tais metas compreendem uma finalidade: modelos matemáticos sugerem que, atingidas, permitirão a erradicação da epidemia de aids em 2030 (KUCHENBECKER, 2015).

2.4 Parceiros sexuais de pessoas vivendo no contexto da infecção pelo HIV/aids

Os avanços científicos e tecnológicos com relação à saúde das PVHA, sobretudo no campo terapêutico com o advento do ARV, proporcionando melhoras na expectativa, perspectiva e qualidade de vida desses indivíduos possibilitando-lhes ampliar suas relações afetivas e sexuais, inclusive com pessoas soronegativas ao HIV (REIS et al., 2011).

Desta forma, o uso de medicamentos para tratamento com a ARV mudou o panorama da infecção pelo HIV/aids, provocando uma mudança na percepção de uma doença incurável e mortal para uma doença controlável e crônica (BRASIL, 2008; BASAVARAJ; NAVYA; RASHMI, 2010; FERREIRA; CEOLIM, 2012).

A despeito do estigma que pessoas vivendo com o HIV/aids carregam e da compreensão reduzida da sexualidade, novas configurações de relacionamentos estão surgindo, sendo cada vez mais comum encontrar a formação de casais com sorologias diferentes para o HIV (LU et al., 2010).

Na literatura, o uso do termo sorodiscordante ou sorodiferente é largamente utilizado para designar casais com HIV/aids, o qual um é soropositivo e o outro é soronegativo. Esses casais vivem uma situação que, antes, era inimaginável, mas nos dias atuais, tornou-se um assunto em pauta nas discussões contemporâneas, impulsionando uma visão holística sobre as diversas vertentes (YANG et al., 2015).

Essa nova realidade com formação de casais sorodiferentes vivendo no contexto do HIV/aids, deflagra uma nova ordem de valores culturais, aguça olhares para os novos modelos conjugais, para as diferenças sorológicas relacionadas a decisões reprodutivas e para a avaliação dos riscos da transmissão de IST entre esses casais. Estudo realizado nos Estados Unidos estimou que 58% dos homens infectados com o HIV e 70% das mulheres tinham um cônjuge, dentre estes, 54% dos homens e 52% das mulheres relataram que o principal parceiro era HIV negativo, e outros 20% dos homens e 22% das mulheres relataram que o principal parceiro era de estado sorológico desconhecido (LAMPE et al., 2011).

Nesse mesmo contexto, estudo analítico realizado na África sobre essa temática demonstrou que, entre casais sorodiferentes, a mulher era HIV positivo em 75% dos casais, e que os parceiros se casaram em 87,3% dos casos. O medo de contaminação e a necessidade de proteger parceiro foi ressaltado por 41,3% das mulheres e 16,3% dos homens, desfavorecendo a sexualidade e a intimidade de casais, e contribuindo para algumas situações, como abstinência, diminuição da frequência das relações sexuais e disfunção sexual em casais (GUIRA et al., 2013).

A maioria das infecções por HIV são adquiridas por meio das relações sexuais, o risco da transmissão do HIV em casais sorodiscordante varia de acordo com frequência da atividade sexual, a prática sexual utilizada e a carga viral do parceiro infectado. Diante da gravidade da transmissibilidade dessa infecção entre PVHA, em relação às medidas preventivas para controle do HIV, o uso do preservativo é uma das formas de prevenir essa infecção. No entanto, pesquisa aponta uma queda de seu uso nos últimos anos, especialmente entre adultos jovens (BRASIL, 2012a LASRY et al., 2014).

Existem boas perspectivas que limitam a disseminação dessa infecção no âmbito das parcerias sexuais que são o aconselhamento para o casal sobre estratégia de prevenção para o HIV, realização do teste rápido de forma constante, início precoce do uso da medicação e adesão a mesma sob acompanhamento dos serviços de atenção especializadas (HANCUCHA et al., 2018).

No Brasil existe um número de 1.024 serviços do SUS que realizam atendimento em ambulatórios destinados a PVHA, a rede de atenção à saúde e as estruturas para o acolhimento desses pacientes diverge em relação as diferentes regiões do país tanto no que diz respeito aos recursos quanto ao atendimento holístico (LOCH et al., 2018).

O país ainda perpassa por limitações no que diz respeito a prestação de serviços especializados para esse público, essas barreiras muitas vezes estão atreladas a problemas dentro do fluxograma geral da assistência dos serviços brasileiros no que diz respeito à organização de ações que promovem a retenção dos pacientes no serviço e a adesão ao tratamento (LOCH et al., 2018).

Em países em desenvolvimento como a China, existem centros de controle e prevenção de doenças, onde são realizadas medidas intervencionistas diante da soropositividade ao HIV. Em parcerias sexuais onde existe relacionamento sorodiferentes ou sorodiferentes imediatamente é realizado intervenções como testagem do HIV, aconselhamento para o casal e provimento gratuito de preservativos e antirretrovirais. Essa abordagem favorece a prevenção da transmissão do HIV entre casais sorodiferentes (YANG et al., 2015).

Dessa forma, medidas de prevenção ainda se configuram como uma ação relevante para mitigar esse impasse. O rápido crescimento da transmissão dessa epidemia é ocasionado principalmente pelo uso de agulhas não estéreis na utilização de drogas injetáveis e práticas sexuais de risco. O conhecimento do risco relacionado

às IST favorece a todos os segmentos da população e aumenta a eficácia de programas de intervenção. Os profissionais de saúde têm um papel crucial na atuação desses casos, no que concerne à prevenção (ESPADA et al., 2014; HANIZAR; ASZKIYAK; SWASTIKA, 2015).

A terapia ARV pode reduzir o risco infecção por relação sexual em casais sorodiferentes, por reduzir os níveis do vírus no plasma e nos fluidos genitais. Estudo realizado com casais sorodiferentes aponta que a probabilidade de transmissão do HIV entre casais em que o paciente estava sob uso de ARV é menor do que 1 em 2.000 exposições de risco (LOUTFY et al., 2013).

Em uma revisão sistemática que abordou a probabilidade de transmissão do HIV, com ou sem o uso da Terapia ARV, em práticas anais desprotegidas, identificou que o risco de transmissão por ato sexual foi de 1,8% para relação anal receptiva desprotegida, entre casais heterossexuais e homossexuais. O risco de transmissão passou para 1,38% quando a pessoa soropositiva estava no período assintomático e para 18,35% quando havia diagnóstico de aids (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010).

Lasry e colaboradores (2014) desenvolveram um modelo da transmissão do HIV a longo prazo em casais sorodiferentes, destacando os efeitos relativos de diferentes comportamentos sexuais e práticas de prevenção sobre o risco de transmissão no âmbito de parcerias sorodiferentes ao HIV, esse estudo apontou que para todos os parceiros sorodiferentes, o risco de transmissão do HIV em 1 ano, quando existe a prática de sexo anal, foi elevada, variando de 12 a 52%, quando o parceiro soropositivo faz o uso dessa terapia combinada com outras estratégia esse risco diminui, variando de 0,05% a 0,1%.

Em relação às parcerias sexuais 30% das transmissões do HIV estão relacionadas a parcerias fixas refletindo a importância do início precoce do tratamento principalmente se o intuito é reduzir a transmissão para a parceria sexual. É imperativo a PVHA ser informada a respeito dos benefícios precoce do tratamento e das implicações da interrupção do tratamento. Nesse sentido, a ocorrência de eventos clínicos foi reduzida pela utilização do ARV, em pacientes com contagem T-CD4 < 550 células, a utilização dessa prática na prevenção em relações sorodiferentes ainda é novo e impõe a necessidade de divulgação e sensibilização entre profissionais de saúde (VAN DEN BOOM et al., 2014; GRINSZTEJN et al., 2014).

Outra alternativa para parceiros sorodiferentes é a PEP, que fornece novas formas de minimizar os riscos da transmissão do HIV pelo ato sexual e proporciona

soluções para o caso de exposição acidental, como sexo sem preservativo ou rompimento do mesmo e violência sexual durante a relação sexual (LAGO; MAKSUD; GONÇALVES, 2013). A PEP promove níveis de eficácia promissores, com níveis de proteção de 70 a 100% (ROMERO et al., 2014; EL-BASSEL et al., 2010). No entanto, no Brasil, estudos sobre a PEP estão sendo conduzidos.

O comportamento sexual de risco ainda é um problema imbricado nas discussões sobre prevenção de IST, nos Estados Unidos e outros países industrializados, chamando atenção para o comportamento sexual, principalmente em alguns segmentos da população, como os HSH e casais sorodiferentes. Porém, apesar da bem-sucedida política de combate ao enfrentamento da epidemia da aids no Brasil, a prevenção da transmissão sexual do HIV e outras IST é um desafio permanente para os serviços e profissionais de saúde (ROSSER; HATFIELD; MINER, 2010).

Como já mencionado, diversos aspectos estão diretamente relacionados com a vulnerabilidade para aquisição do HIV e outras IST como relação anal desprotegida, ter mais de um parceiro soropositivo e ruptura ou deslizamento do preservativo. Em situações em que não é possível a utilização de preservativo por esses casais, são utilizadas práticas alternativas como evitar sexo anal e a utilização do coito interrompido (FERNANDES, 2013).

A utilização da terapia combinada caracterizada pelo uso da ARV e o uso do preservativo, amplia o elenco de estratégias de prevenção e permite a individualização das medidas de prevenção em casais sorodiferentes, aumentando de forma efetiva a prevenção, propiciando maior segurança para o planejamento da reprodução e auxiliando os casais que tenham medo de transmitir o HIV para seus pares soronegativos (COHEN et al., 2011).

Uma realidade bem comum entre esse segmento populacional é o uso inconsistente do preservativo, por não querer ou por não conseguir utilizar. Nessas circunstâncias, é premente o aconselhamento ressaltando informações sobre os riscos de transmissão associados a práticas sexuais para negociação do uso. Relações anais receptivas possuem maior risco de transmissão do HIV quando equiparadas as práticas anais insertivas, o menor risco ocorre no sexo oral, principalmente sem ejaculação na cavidade oral (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010).

Nessa perspectiva é imperativo afirmar que a supressão da replicação viral reduz o risco de transmissão sexual, desta forma, o risco relativo da transmissão

sexual se modifica em função da carga viral, ou seja, cada aumento em 10 vezes na carga viral plasmática corresponde a um aumento em 2,9 vezes do risco de transmissão a cada relação sexual (HUGHES et al., 2012; HALLAL et al., 2015).

Desde 2012, a organização Mundial de saúde (OMS) recomenda a realização de projetos de demonstração de efetividade, segurança, aplicabilidade e sustentabilidade do emprego da PrEP entre casais sorodiferentes. O uso do antirretroviral Truvada está em fase de testes no Brasil, o medicamento reduz significativamente em até 99% as chances de contaminação pelo HIV, o impasse dessa prática é entender como é a adesão ao tratamento dentro da cultura brasileira (WHO, 2012). A utilização da PrEP deve ser considerada importante no contexto de casais sorodiferentes, principalmente quando a PVHA não estiver em uso de ARV ou quando apresentar carga viral detectável.

O Ministério da Saúde estima que no Brasil existam 718 mil PVHA, 574 mil diagnosticados, 436 mil realizando exames de monitoramento, 313 mil em TARV e 236 mil com Carga Viral indetectável, refletindo importância de ampliar o acesso ao diagnóstico, assistência ao tratamento e aos modelos de cuidados ao longo do tempo especialmente às parcerias soronegativas (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o conhecimento sobre o gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV e outras IST entre pessoas vivendo com o HIV/aids pode contribuir para a implementação de estratégias preventivas mais eficazes, contribuindo para a qualidade da assistência prestada a esses indivíduos.

Outra questão delicada que envolve casais que vivem no contexto do HIV é o desejo de engravidar, muitas vezes condenado pelos próprios profissionais da saúde, que desaconselham a prática com receio da transmissão vertical, não oferecendo suporte aos mesmos (GUANILO et al., 2014).

Apesar dos importantes avanços obtidos, no que tange ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV/aids, a sua prevenção impõe desafios constantes, exigindo ações educativas efetivas e permanentes que possam construir com a redução da vulnerabilidade das parcerias sexuais sorodiferentes. No entanto o que se tem observado são ações descontínuas e voltadas apenas para a pessoa que vive com o HIV/aids e não para o casal convivente (SILVA; CAMARGO JR, 2011; WU et al., 2015).

No Brasil e no mundo, estudos que avaliem a vulnerabilidade ao HIV entre parcerias sexuais, particularmente, no contexto da assistência à saúde ainda é

incipiente. Assim, esse projeto tem como foco principal compreender as estratégias de gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV e outras IST entre casais sorodiferentes ao HIV/aids na perspectiva de prevenção de doenças e promoção da saúde, possibilitando subsidiar o cuidado em saúde, visando qualificar a assistência de enfermagem prestada a essa população.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos-sexuais associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids

3.2 Específicos

- Descrever e caracterizar as variáveis sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com o HIV/aids;
- Descrever e caracterizar as variáveis afetivos-sexuais de pessoas vivendo com o HIV/aids;
- Descrever e caracterizar as variáveis de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Caracterizar as ações educativas oferecidas no serviço de saúde as pessoas vivendo com o HIV/aids e suas parcerias sexuais.
- Analisar os fatores sociodemográficos, clínicos e afetivos-sexuais e sua associação com sorologia da parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Analisar a utilização das estratégias de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com sorologia da parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/aids;

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo analítico, transversal, que foi desenvolvido em um Serviço de Assistência Especializado (SAE) de um Centro Integrado de Saúde no município de Teresina no estado do Piauí, Piauí. A escolha do local justifica-se por se tratar de um centro de referência que atende às pessoas vivendo com HIV/aids dentro do município de Teresina.

A unidade estudada dispõe de infraestrutura para atendimento ambulatorial de diversas especialidades e conta com uma equipe composta por três infectologistas, dois enfermeiros e dois técnicos em enfermagem. Desde 1980 até o fim do ano de 2015 foram atendidos 216 pacientes com hepatites virais e 715 com HIV/aids (OLIVEIRA et al., 2017).

O SAE atende paciente com Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e realiza o acompanhamento de pacientes com o HIV/aids e tem como objetivo proporcionar ao paciente uma assistência diferenciada realizada por uma equipe especializada, sendo que a maioria dos serviços conta com especialistas em infectologia, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de disponibilização dos medicamentos antirretrovirais e realização de exames. O atendimento por profissionais de outras especialidades acontece por encaminhamento do médico (MELCHIOR et al., 2006).

4.2 População e amostra do estudo

A população do estudo foi constituída por 715 pessoas atendidas até 2015 cadastradas no sistema do serviço de atendimento especializado. Utilizando-se de cálculo amostral para populações finitas, nível de significância de 5%, erro amostral (d) de 0,08, nível de confiança de 95%, P igual a 0,50, expressão $n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$, e correção para uma perda potencial de 10%, determinou-se o tamanho da amostra como sendo de 173 usuários do SAE. Todos os pacientes do presente estudo estavam em uso de medicação antirretroviral.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduo com idade \geq a 18 anos; que estivesse em um relacionamento fixo ou casual mantendo relação sexual e com resultado de exame sorológico reagente para HIV. Constituíram critérios de exclusão: estar na condição de gestante e em situação de privação de liberdade, em virtude das especificidades inerentes ao manejo clínico destas populações e organização da rede de atenção local; e aqueles que obtinham acesso aos medicamentos antirretrovirais pelo programa, mas com acompanhamento em serviço privado.

4.4 Instrumento e coleta dos dados

O recrutamento dos participantes ocorreu antes ou após a consulta com infectologista, agendado pelo serviço de saúde ou não. Posteriormente, a entrevista ocorria em local privado utilizando abordagem individual, direta, captando a totalidade de sujeitos elegíveis, com aplicação de um questionário, no período de novembro de 2016 a março de 2017, para avaliação socioeconômica, demográfica, clínica, afetivos-sexuais, de gerenciamento de risco e as ações educativas oferecidas pelos serviços de atendimento especializado dos participantes com possibilidades de respostas dicotômicas ou múltiplas.

A coleta foi realizada com dois pesquisados os quais receberam uma capacitação prévia de todos os tópicos do questionário sobre como deveria ser a coleta de dados, no intuito de minimizar os vieses relacionados à coleta com os pacientes em acompanhamento nesse serviço de saúde.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado, derivado de um macro projeto intitulado “Gerenciamento de risco da transmissão do HIV entre parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids”, o qual foi submetido à validação teórica de face e exame de conteúdo, por dois pesquisadores enfermeiros expertise na temática, e um psicólogo com experiência na assistência e pesquisa de casais sorodiscordantes os quais analisaram a compreensão e relevância dos itens, clareza da redação, presença de ambiguidades e objetivos do estudo.

Nos instrumentos foram acrescentadas variáveis afetivos-sexuais e foi aprimorado questões do histórico de infecções do trato genital, da oferta e ações dos profissionais de saúde e do gerenciamento do risco da transmissão sexual. A

abordagem ao paciente ocorre por meio do preenchimento do questionário no SAE e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Variáveis de interesse para o estudo

Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade em anos, procedência (Teresina/outros), Escolaridade (sem estudo/ensino fundamental/ensino médio/ensino Superior/pós graduação), cor (branca, parda, negra, indígena), estado Civil (solteiro/ casado/união estável/ Separado/divorciado, viúvo), tem filhos (sim/não), número de filhos (sum filhos/1 a 3 filhos/mais de 3), renda (não tem/ até 3 salários/acima de 3 salários), número de pessoas no domicílio.

Variáveis clínicas relacionadas à fase da infecção pelo HIV: tempo de diagnóstico (em anos), número de células CD4, carga viral, carga viral (indetectável, detectável) sendo considerada carga viral detectável > 40.

Variáveis da vida afetivo-sexual: tipo de parceiro (fixa ou casual), mora com parceiro (sim/não), orientação sexual (heterossexual, homossexual e bissexual), diagnóstico sorológico do parceiro (soropositivo, soronegativo ou desconhecido), uso de preservativo feminino e masculino nos últimos seis meses (sempre/ às vezes/ nunca), presença de Infecção sexualmente transmissível (após o diagnóstico do HIV), práticas sexuais; relação sexual sob o efeito de álcool e drogas (sempre, às vezes ou nunca), revelação do HIV para o parceiro sexual (sim/não) e considera importante divulgar o diagnóstico para o parceiro sexual (sim/não).

Variáveis de gerenciamento do risco da transmissão de HIV E outras ISTs: estratégia utilizada para prevenção da transmissão sexual do HIV (preservativo feminino/ preservativo masculina/usar antirretrovirais para manter carga viral indetectável/tratou infecções sexualmente transmissíveis/conhecer a sorologia para o HIV do parceiro/combinção destas estratégias/nenhum método), estratégia escolhida visando reduzir o risco de transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissível (uso de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV) quando a camisinha estourasse/uso de camisinha em todas as relações sexuais/uso de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição /coito interrompido/escolheria a posição insertiva ou receptiva/escolheria um parceiro também soropositivo para o HIV/não sei), frequência você e seu parceiro (a) conversam sobre o melhor método de prevenção para o casal (diariamente/frequentemente/ocasionalmente/nunca).

Variáveis relacionadas à oferta e ações dos profissionais de saúde: recebeu informações pelos profissionais de saúde a respeito da transmissão sexual (sim/não), recebeu informações a respeito da PEP (sim/não), parceiro convidado a comparecer no serviço (sim/não), parceiro (a) recebeu orientações sobre prevenção da transmissão sexual do HIV no serviço de saúde (sim/não).

4.6 Análises dos dados

Para a análise dos dados, foi construído um banco de dados em planilha do Excel for Windows, em dupla digitação, com posterior validação para obtenção de dados fidedignos. Após a validação da planilha corrigida, os dados foram transferidos para o banco de dados definitiva.

Para caracterização da população do estudo, foram feitas análises descritivas por meio de testes univariados, e bivariados para as variáveis de interesse. Os dados foram analisados com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. As variáveis foram analisadas com o teste Qui-quadrado, foi adotado $p < 0,05$ como nível de significância.

4.7 Aspectos Éticos

Em consonância com a legislação que regulamenta as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, disposta na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à Secretaria de Saúde e Programa de DST/HIV/aids/Hepatites virais de Ribeirão Preto e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (BRASIL, 2012b) e obteve o número do CAAE 59293316.6.0000.5393/2016.

Mediante aprovação, a coleta de dados foi realizada em uma sala que resguarde a privacidade dos sujeitos, após concordância dos mesmos e assinatura voluntária do TCLE, em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com o entrevistador. Para aqueles que não têm domínio da leitura (analfabetos) foi utilizado à autenticação digital. A todos os participantes da pesquisa foi garantido o caráter sigiloso das informações e o anonimato.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Dos 715 indivíduos inscritos no serviço de saúde, 173 foram convidados e aceitaram a participar, destes 133 (76,9%) participantes eram do sexo masculino, com idades entre 30 e 39 anos (38,9%), procedentes de Teresina 118 (68,2%), no qual 100 (57,8%) concluíram o ensino superior e 24 (13,9%) não tinham nenhum grau de escolaridade, sendo 100 (57,1%) pardos e 94 (53,7%) solteiros.

Quanto ao número de filhos 90 (52,0%) não possuía filhos e 72 (41,6%) tinham de 1 a 3 filhos, 83 (48,0%) apresentavam tempo de diagnóstico menor que 2 anos e 56 (32,4%) tinham de 3 a 5 anos de diagnóstico de soropositividade ao HIV. No que se refere a renda 116 (70,3%) relataram receber até três salários mínimos no momento da entrevista e 21 (12,7%) não apresentavam renda e 100 (57,8%) tinham de 1 a 2 pessoas vivendo no mesmo domicílio.

Sobre os aspectos clínicos relacionados à infecção pelo HIV, 121 (69,1%) apresentavam T-CD4 maior que 500 cel/mm³ e 11 (6,3%) T-CD4 menor que 200 cel/mm³, com predomínio de pacientes com carga viral indetectável 135 (78,0%) (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	%
(continua)		
Sexo		
Feminino	38	22,0
Masculino	135	78,0
Idade (anos)		
18-29	54	31,2
30-39	68	39,3
40-49	27	15,6
50-59	19	11,0
< 60	5	2,9
Procedência		
Teresina	118	68,2
Outros	55	31,8

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Sem estudo	4	2,3
Ensino fundamental	50	28,9
Ensino Médio	72	41,6
Ensino Superior	43	24,9
Pós-Graduação	4	2,3
Cor		
Branco	24	13,9
Preto	38	22,0
Amarelo	9	5,2
Pardo	100	57,8
Indígena	2	1,2
Estado Civil		
Solteiro	94	54,3
Casado	77	44,5
Divorciado	1	0,6
Viúvo	1	0,6
Filho		
Sim	83	48,0
Não	90	52,0
Número de filhos		
Sem filho	90	52,0
1 a 3 filhos	72	41,6
> 3 filhos	11	6,4
Renda (Salário mínimo)		
Não tem	21	12,7
≥ 3	116	70,3
< 3	28	17,0
Número de Pessoa no domicílio		
1-2	100	57,8

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	(conclusão)
		%
3-5	59	34,1
> de 5	14	8,1
Tempo de Diagnóstico (anos)		
< 2	83	48,0
3 a 5	56	32,4
6 a 10	25	14,5
> 10	9	5,2
CD4 mm³/ml		
< 40	11	6,4
201-499	41	23,7
> 40	121	69,9
Carga Viral		
Indetectável	135	78,0
Detectável	38	22,0

De acordo com as características afetivos-sexuais, 89 (51,4%) das parcerias sexuais estavam em uma relação homossexual, com predomínio de parceria fixa 117 (67,6%) entre as relações e a maioria não moravam com o parceiro sexual 91 (52,6%).

O uso do preservativo masculino foi realizado de forma consistente em 80 (46,2%) dos pacientes, entretanto 37 (21,4%) nunca fizeram usos dessa estratégia, em contrapartida o preservativo feminino foi utilizado de forma consistente por apenas 4 (2,3%) dos pacientes e 138 (79,8%) nunca utilizaram esse método.

No que diz respeito a coinfeção com outras infecções sexualmente transmissíveis, aproximadamente metade dos participantes apresentaram uma coinfeção, dentre elas a mais prevalente foi a sífilis 42 (24,3%), a prática sexual de maior predomínio foi o sexo oral 88 (50,9%), seguido pelo anal receptivo 82 (47,4%) e anal insertivo 78 (45,1%). No que concerne a utilização de substância lícitas e ilícitas 92 (53,1%) dos pacientes relatam manter relação sexual sob o efeito do álcool e 19 (11%) utilizaram drogas durante a relação sexual. A divulgação do HIV para o parceiro foi realizada por 108 (62,4%) dos participantes e 100 (57,8%) pacientes consideram importante divulgar sua condição sorológica para o parceiro sexual (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características afetivos-sexuais de pessoas vivendo com o HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	%
(continua)		
Tipo de Parceiro		
Fixo	117	67,6
Casual	56	32,4
Mora com parceiro		
Sim	82	47,4
Não	91	52,6
Orientação Sexual		
Homossexual	89	51,4
Heterossexual	73	42,2
Bissexual	11	6,4
Preservativo Masculino		
Sempre	80	46,2
Algumas vezes	56	32,4
Nunca	37	21,4
Preservativo Feminino		
Sempre	4	2,3
Algumas vezes	31	17,9
Nunca	138	79,8
Infecção		
HPV	4	2,3
Tricomoníase	3	1,7
Gonorreia	11	6,4
Sífilis	42	24,3
Herpes Genital	7	4,0
Hepatite C	8	4,6
HPV, Sífilis	4	2,3
Não	94	54,3
Sexo Oral		
Sim	88	50,9
Não	85	49,1

Tabela 2 - Distribuição das características afetivos-sexuais de pessoas vivendo com o HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	(conclusão) %
Sexo vaginal receptivo		
Sim	36	20,8
Não	137	79,2
Sexo vaginal insertivo		
Sim	56	32,4
Não	117	67,6
Anal receptivo		
Sim	82	47,4
Não	91	52,6
Anal insertivo		
Sim	78	45,1
Não	95	54,9
Relação sob efeito do álcool		
Sempre	12	6,9
Algumas vezes	80	46,2
Nunca	81	46,8
Relação sob efeito de droga		
Sempre	0	0,0
Algumas vezes	19	11,0
Nunca	154	89,0
Revelação do HIV para o parceiro sexual		
Sim	108	62,4
Não	65	37,6
Considera importante divulgar o diagnóstico para o parceiro sexual		
Sim	100	57,8
Não	73	42,2

Quanto as estratégias de gerenciamento de risco implementadas pelos pacientes, houve um predomínio da utilização do preservativo masculino 122 (70,5%),

seguido da medicação antirretroviral 123 (71,1%), a combinação de todas essas estratégias foi utilizada por 23 (23%) dos participantes da pesquisa e 10 (5,8%) não utilizou nenhum método de prevenção (tabela 3). Quando questionados sobre quais estratégias eles escolheriam visando reduzir o risco da transmissão do HIV houve um predomínio da utilização do uso do preservativo em todas as relações 149 (86,1%).

No que diz respeito a frequência com que conversam sobre estratégia de prevenção da transmissão do HIV, 26 (15,0%) conversavam frequentemente e ocasionalmente respectivamente e 108 (62,4%) nunca dialogaram sobre o tema com o parceiro sexual.

Tabela 3 - Distribuição das características de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	%
(continua)		
Estratégia de prevenção utilizada		
Preservativo Feminino		
Sim	12	6,9
Não	161	93,1
Preservativo Masculino		
Sim	122	70,5
Não	51	29,5
Uso de Antirretrovirais		
Sim	123	71,1
Não	50	28,9
Tratou Infecção Sexualmente Transmissível		
Sim	4	2,3
Não	169	97,7
Conhece a sorologia do parceiro		
Sim	3	1,7
Não	170	98,3
Combinação das estratégias		
Sim	23	23
Não	150	86,7
Nenhum método		
Sim	10	5,8

Tabela 3 - Distribuição das características de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	%
Não	163	94,2
Estratégia que escolheria visando reduzir o risco da transmissão do HIV		
Uso da PEP		
Sim	49	28,3
Não	124	71,7
Uso do preservativo em todas as relações		
Sim	149	86,1
Não	24	13,9
Uso da PREP		
Sim	9	5,2
Não	164	94,8
Coito Interrompido		
Sim	-	-
Não	173	100,0
Escolha de uma posição insertiva ou receptiva		
Sim	-	-
Não	173	100,0
Escolha de parceiros com a mesma sorologia		
Sim	1	0,6
Não	172	99,4
Não sei		
Sim	23	13,3
Não	150	86,7
Frequência de diálogo sobre método de prevenção		
Diariamente	13	7,5
Frequentemente	26	15,0

Tabela 3 - Distribuição das características de gerenciamento de risco de pessoas vivendo com HIV/aids. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Ocasionalmente	26	15,0
Nunca	108	62,4

Em relação aos cuidados prestados pelo serviço de saúde referente a oferta de informação sobre prevenção sexual do HIV (Tabela 4), 71 (41,0%) dos pacientes nunca receberam informação pelos profissionais de saúde sobre estratégias de prevenção do HIV entre parcerias sexuais, 157 (89,7%) apontaram não receber informações sobre a PEP, o parceiro geralmente não é convidado a comparecer ao serviço de saúde 132 (76,3%) e 128 (74,0%) não receberam orientações sobre prevenção da transmissão sexual do HIV no serviço de saúde.

Tabela 4 - Variáveis relacionada as ações oferecidas nos serviços de saúde para parcerias sexuais entre PVHA. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variáveis	Total	
	n	%
Recebeu informação pelos profissionais de saúde sobre estratégias de prevenção do HIV entre parcerias sexuais		
Sim	102	59,0
Não	71	41,0
Recebeu informação pelos profissionais de saúde sobre a PEP		
Sim	16	9,2
Não	157	90,8
Parceiro (a) já foi convidado a comparecer ao serviço de saúde		
Sim	41	23,7
Não	132	76,3
Parceiro (a) recebeu orientações sobre prevenção da transmissão sexual do HIV no serviço de saúde		
Sim	45	26,0
Não	115	66,5
Não se aplica	13	7,5

Quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas e sua associação com a sorologia do parceiro, identificou-se que as parcerias sexuais sorodiscordante em sua maioria eram do sexo masculino 55 (31,8%), adultos jovens com faixa etária entre 18 a 39 anos 48 (27,7%), procedentes em sua maioria de Teresina 47 (27,2%). No que concerne ao grau de escolaridade 28 (16,2%) das parcerias sexuais sorodiscordantes realizaram o ensino médio completo, 39 (22,5%) eram pardos, 37 (21,45), a maioria tinha filhos 37 (21,4%), com uma renda mensal de até 3 salários 46 (27,9%), com um número de pessoas no domicílio que variou de 1 a 2 pessoas 48 (27,7%).

Em relação as variáveis clínicas as parcerias sexuais sorodiscordantes tinham um predomínio de contagens de células CD4 acima de 500 cel/mm³ 49 (28,3%), apresentando carga viral indetectável 57 (32,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas e clínicas de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continua)								
Sorologia do Parceiro Sexual								
Variável	Discordante		Concordante		Desconhecido		Total (n/%)	p- valor
	73(42,2)		46(26,6)		54(31,2)			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								0,051
Feminino	18	10,4	14	8,1	6	3,5	38/22,0	
Masculino	55	31,8	32	18,5	48	27,7	135/78,0	
Idade								0,278
18-29	21	12,1	10	5,8	23	13,3	54/31,2	
30-39	27	15,6	20	11,6	21	12,1	68/39,3	
40-49	13	7,5	8	4,6	6	3,5	27/15,6	
50-59	10	5,8	5	2,9	4	2,3	19/11,0	
≥ 60	2	1,2	3	1,7	-	-	5/2,9	
Procedência								0,339
Teresina	47	27,2	30	17,3	41	23,7	118/68,2	
Outros	26	15,0	16	9,2	13	7,5	55/31,8	
Escolaridade								0,155
Sem estudo	2	1,2	-	-	2	1,2	4/2,3	

Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas e clínicas de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continuação)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	73(42,2)		46(26,6)		54(31,2)			
	n	%	n	%	n	%		
Ensino	20	11,6	17	9,8	13	7,5	50/28,9	
fundamental								
Ensino Médio	28	16,2	23	13,3	21	12,1	72/41,6	
Ensino Superior	22	12,7	4	2,3	17	9,8	43/24,9	
Pós-Graduação	1	0,6	2	1,2	1	0,6	4/2,3	
Cor								0,398
Branco	10	5,8	7	4,0	7	4,0	24/13,9	
Preto	18	10,4	11	6,4	9	5,2	38/22,0	
Amarelo	4	2,3	-	-	5	2,9	9/5,2	
Pardo	39	22,5	28	16,2	33	19,1	100/57,8	
Indígena	2	1,2	-	-	-	-	2/1,2	
Estado Civil								>0,001
Solteiro	35	20,2	15	8,7	44	25,4	94/54,3	
Casado	37	21,4	31	17,9	9	5,2	77/44,5	
Divorciado	1	0,6	-	-	-	-	1/0,6	
Viúvo	-	-	-	-	1	0,6	1/0,6	
Filho								>0,001
Sim	36	20,8	31	17,9	16	9,2	83/48,0	
Não	37	21,4	15	8,7	38	22,0	90/52,0	
Número de filhos								0,005
Sem filho	37	21,4	15	8,7	38	22,0	90/52,0	
1 a 3 filhos	31	17,9	26	15,0	15	8,7	72/41,6	
> 3 filhos	5	2,9	5	2,9	1	0,6	11/6,4	

Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas e clínicas de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(conclusão)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante 73(42,2)		Concordante 46(26,6)		Desconhecido 54(31,2)			
	n	%	n	%	n	%		
Renda								0,923
Familiar								
(salários)								
Não tem	10	6,1	5	3,0	6	3,6	21/12,7	
≤ 3	46	27,9	31	18,8	39	23,6	116/70,3	
> 3	11	6,7	9	5,5	8	4,8	28/17,0	
Número de								0,086
Pessoas no								
domicílio								
1-2	48	27,7	20	11,6	32	18,5	100/57,8	
3-5	18	10,4	23	13,3	18	10,4	59/34,1	
> 5	7	4,0	3	1,7	4	2,3	14/8,1	
Tempo de								0,428
Diagnóstico								
(anos)								
< 2	32	38,6	19	22,9	32	38,6	83/48,0	
3 a 5	23	41,1	17	30,4	16	28,6	56/32,4	
6 a 10	14	56,0	7	28,0	4	16,0	25/14,5	
> 10	4	44,4	3	33,3	2	22,2	9/5,2	
CD4								0,401
< 200	4	2,3	2	1,2	5	2,9	11/6,4	
201 a 499	20	11,6	7	4,0	14	8,1	41/23,7	
≥ 500	49	28,3	37	21,4	35	20,2	121/69,9	
Carga Viral								0,913
Indetectável	57	32,9	35	20,2	43	24,9	135/78,0	
Detectável	16	9,2	11	6,4	11	6,4	38/22,0	

Verificou-se associação estatística entre a sorologia do parceiro (sorodiscordante/soroconcordante/desconhecido) e as variáveis sociodemográficas: Sexo ($p=0,051$), estado Civil ($p>0,001$), filho ($p>0,001$), número de filhos ($p=0,005$).

Quanto às variáveis clínicas e afetivo-sexuais e sua associação com a sorologia do parceiro, 35 (20,2%) dos casais sorodiscordantes eram heterossexuais, 62 (35,8%) estabeleceram uma relação com parceria sexual fixa. No tocante ao uso do preservativo masculino 80 (46,2%) declaram uso consistente, dentre esses 37 (21,4%) eram sorodiscordantes e 19 (11,0%) eram desconhecidos. Em relação à coinfeção de outra IST observou-se que a sífilis foi a mais prevalente 42 (24,3 %) entre os indivíduos estudados, sendo que dentre elas 12 (6,9%) ocorreu entre as pessoas com HIV que referiram ter uma parceria sexual sorodiscordante ao HIV.

Ao analisar as práticas sexuais, percebe-se uma confirmação dos papéis de gênero identificados em nossa sociedade, em uma clara divisão das práticas sexuais vaginais entre as mulheres heterossexuais e o sexo anal entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH). No que diz respeito a utilização do álcool nas relações sexuais entre as parcerias sexuais, 36 (20,8%) referiram nunca realizar essa prática e 32 (18,5%) informaram realizar algumas vezes. O uso de outras drogas durante as relações sexuais foi relatado por 8 (4,6%) dos entrevistados.

A revelação da condição sorológica de soropositividade ao HIV ocorreu em 53 (30,6%) dos casais sorodiscordantes, 20 (11,6%) dos indivíduos reportaram não revelar sua soropositividade, 46 (26,6%), consideram importante divulgar ter HIV para a parceria sexual (Tabela 6).

Tabela 6 - Variáveis afetivos-sexuais de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continua)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
	73	42,2	46	26,6	54	31,2		
Tipo de Parceiro								<0,001
Fixo	62	35,8	43	24,9	12	6,9	117/67,6	
Casual	11	6,4	3	1,7	42	24,3	56/32,4	

Tabela 6 - Variáveis afetivos-sexuais de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continuação)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
Orientação Sexual								0,247
Homossexual	33	19,1	22	12,7	34	19,7	89/51,4	
Heterossexual	35	20,2	22	12,7	16	9,2	73/42,2	
Bissexual	5	2,9	2	1,2	4	2,3	11/6,4	
Preservativo Masculino								0,024
Sempre	37	21,4	24	13,9	19	11,0	80/46,2	
Algumas vezes	19	11,0	13	7,5	24	13,9	56/32,4	
Nunca	17	9,8	9	5,2	11	6,4	37/21,4	
Preservativo Feminino								0,186
Sempre	4	2,3	-	-	-	-	4/2,3	
Algumas vezes	13	7,5	10	5,8	8	4,6	31/17,9	
Nunca	56	32,4	36	20,8	46	26,6	138/79,8	
Infecção								0,168
HPV	4	2,3	-	-	-	-	4/2,3	
Tricomoníase	1	0,6	1	0,6	1	0,6	3/1,7	
Gonorreia	4	2,3	3	1,7	4	2,3	11/6,4	
Sífilis	12	6,9	11	6,4	19	11,0	42/24,3	
Herpes Genital	5	2,9	1	0,6	1	0,6	7/4,0	
Hepatite C	3	1,7	3	1,7	2	1,2	8/4,6	
HPV, Sífilis	2	1,2	2	1,2	-	-	4/2,3	
Não	42	24,3	25	14,5	27	15,6	94/54,3	

Tabela 6 - Variáveis afetivos-sexuais de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continuação)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo Oral								0,504
Sim	39	22,5	20	11,6	29	16,8	88/50,9	
Não	34	19,7	26	15,0	25	14,5	85/49,1	
Sexo vaginal receptivo								0,013
Sim	19	11,0	13	7,5	4	2,3	36/20,8	
Não	54	31,2	33	19,1	50	28,9	137/79,2	
Sexo vaginal insertivo								0,854
Sim	24	13,9	16	9,2	16	9,2	56/32,4	
Não	49	28,3	30	17,3	38	22,0	117/67,6	
Anal receptivo								0,074
Sim	33	19,1	17	9,8	32	18,5	82/47,4	
Não	40	23,1	29	16,8	22	12,7	91/52,6	
Anal incentivo								0,790
Sim	33	19,1	19	11,0	26	15,0	78/45,1	
Não	40	23,1	27	15,6	28	16,2	95/54,9	
Relação sob efeito do álcool								0,940
Sempre	5	2,9	4	2,3	3	1,7	12/6,9	
Algumas vezes	32	18,5	21	12,1	27	15,6	80/46,2	
Nunca	36	20,8	21	12,1	24	13,9	81/46,8	

Tabela 6 - Variáveis afetivos-sexuais de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante 73(42,2)		Concordante 46(26,6)		Desconhecido 54(31,2)			
	n	%	n	%	n	%		
Relação sob efeito de droga								0,417
Sempre	-	-	-	-	-	-	-	
Algumas vezes	8	4,6	3	1,7	8	4,6	19/11,0	
Nunca	65	37,6	43	24,9	46	26,6	154/89,0	
Revelação do HIV para o parceiro sexual								0,000
Sim	53	30,6	40	23,1	15	8,7	108/62,4	
Não	20	11,6	6	3,5	39	22,5	65/37,6	
Considera importante divulgar o diagnóstico para o parceiro sexual								0,000
Sim	46	26,6	37	21,4	17	9,8	100/57,8	
Não	27	15,6	9	5,2	37	21,4	73/42,2	

A sorologia do parceiro sexual (sorodiscordante) foi associada com as variáveis: tipo de parceria ($p < 0,001$), uso do preservativo masculino ($p = 0,024$), prática sexual vaginal insertivo ($p = 0,013$), divulgação do diagnóstico do HIV para a parceria

sexual ($p < 0,001$) e considera importante a divulgação do HIV para o parceiro ($p < 0,001$).

Quanto ao gerenciamento de risco da transmissão do HIV entre parcerias sexuais de PVHA, a estratégia mais utilizada para prevenção da transmissão sexual do HIV foi o uso do preservativo masculino 122 (70,5%), no qual 49 (40,2%) eram sorodiscordantes. Ao serem questionados sobre qual as estratégias escolheriam com o intuito de reduzir o risco de transmissão do HIV, houve um predomínio do uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais 149 (86,1%) principalmente entre as parcerias sexuais sorodiscordantes ao HIV 62 (35,8%). Referente ao diálogo com a parceria sexual sobre métodos de prevenção do HIV identificou-se que apenas 16 (9,2%) relataram que frequentemente conversavam sobre métodos de prevenção para o casal e 39 (22,5%) dos casais nunca conversam sobre estratégias de prevenção.

Tabela 7 - Variáveis de estratégias de gerenciamento de risco de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)
(continua)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
Estratégia de prevenção utilizada								
Preservativo Feminino								0,056
Sim	9	5,2	1	0,6	2	1,2	12/6,9	
Não	64	37,0	45	26,0	52	30,1	161/93,1	
Preservativo Masculino								0,011
Sim	49	28,3	27	15,6	46	26,6	122/70,5	
Não	24	13,9	19	11,0	8	4,6	51/29,5	

Tabela 7 - Variáveis de estratégias de gerenciamento de risco de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continuação)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante 73(42,2)		Concordante 46(26,6)		Desconhecido 54(31,2)			
	n	%	n	%	n	%		
Uso de								0,614
Antirretrovirais								
Sim	51	29,5	31	17,9	41	23,7	123/71,1	
Não	22	12,7	15	8,7	13	7,5	50/28,9	
Tratou Infecção								0,686
Sexualmente								
Transmissível								
Sim	1	0,6	1	0,6	2	1,2	4/2,3	
Não	72	41,6	45	26,0	52	30,1	169/97,7	
Conhece a								0,945
sorologia do								
parceiro								
Sim	1	0,6	1	0,6	1	0,6	3/1,7	
Não	72	41,6	45	26,0	53	30,6	170/98,3	
Combinação das								0,039
estratégias								
Sim	8	4,6	11	6,4	4	2,3	23/13,3	
Não	65	37,6	35	20,2	50	28,9	150/86,7	
Nenhum método								0,176
Sim	7	4,0	1	0,6	2	1,2	10/5,8	
Não	66	38,2	45	26,0	52	30,1	163/94,2	

Tabela 7 - Variáveis de estratégias de gerenciamento de risco de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)

(continuação)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
Estratégia que escolheria visando reduzir o risco da transmissão do HIV								
Uso da PEP								0,029
Sim	17	9,8	20	11,6	12	6,9	49/28,3	
Não	56	32,4	26	15,0	42	24,3	124/71,7	
Uso do preservativo em todas as relações								0,778
Sim	62	35,8	39	22,5	48	27,7	149/86,1	
Não	11	6,4	7	4,0	6	3,5	24/13,9	
Uso da PREP								0,811
Sim	4	2,3	3	1,7	2	1,2	9/5,2	
Não	69	39,9	43	24,9	52	30,1	164/94,8	
Coito Interrompido								-
Não	73	42,2	46	26,6	54	31,2	173/100,0	
Escolha da posição insertiva ou receptiva								-
Não	73	42,2	46	26,6	54	31,2	173/100,0	

Tabela 7 - Variáveis de estratégias de gerenciamento de risco de PVHA segundo a sorologia da parceria sexual. Teresina (PI), Brasil, 2018 (n=173)
(conclusão)

Variável	Sorologia do Parceiro Sexual						Total (n/%)	p- valor
	Discordante		Concordante		Desconhecido			
	n	%	n	%	n	%		
Escolha de parceiros com a mesma sorologia								0,330
Sim	-	-	-	-	1	0,6	1/0,6	
Não	73	42,2	46	26,6	53	30,6	172/99,4	
Não sei								0,574
Sim	11	6,4	7	4,0	5	2,9	23/13,3	
Não	62	35,8	39	22,5	49	28,3	150/86,7	
Frequência de diálogo sobre método de prevenção								0,011
Diariamente	6	3,5	4	2,3	3	1,7	13/7,5	
Frequentemente	16	9,2	8	4,6	2	1,2	26/15,0	
Ocasionalmente	12	6,9	10	5,8	4	2,3	26/15,0	
Nunca	39	22,5	24	13,9	45	26,0	108/62,4	

Verificou-se associação estatística entre a sorologia do parceiro (sorodiscordante/soroconcordante/desconhecido) e as variáveis de gerenciamento de risco: camisinha masculino (p=0,011), combinações de estratégia de prevenção (p=0,039), uso de PEP quando a camisinha estourasse (p=0,029) e frequência com que você e seu parceiro (a) conversam sobre o melhor método de prevenção para o casal (p=0,011) (Tabela 7).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Neste estudo evidenciou-se maior o predomínio de pessoas vivendo com o HIV/aids do sexo masculino, assim como observado em outros estudos (MWAKALAPUKA et al., 2017; ATUJUNA et al., 2018; DOURADO et al., 2015) o que coincide com o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/aids no Brasil (BRASIL, 2016), o que reforça a importância de alcançar homens adultos e jovens para que se possa desenvolver intervenções e cuidados específicos.

No Brasil, as formas de expressão da sexualidade ainda são estritamente governadas por questões de gênero. As mulheres são as mais prejudicadas nessas relações desiguais de tal forma, que autores apontam que muitas são infectadas por seu parceiro fixo, já que o homem ainda é o principal responsável por determinar qual a forma de prevenção será utilizada, desta maneira, enfatiza-se a necessidade de estratégia de educação sobre saúde sexual para estes homens, estejam eles em relações hetero ou homossexual, fixas ou casuais (TAM et al., 2016).

O sexo feminino apresenta vulnerabilidade elevada ao HIV quando comparado ao masculino, com um risco de 2-8 vezes maior. Esse panorama pode ser favorecido pela carga viral que é maior no esperma do que no fluido vaginal. Ademais, a presença de uma coinfeção atrelada a infecção sexualmente transmissível pode agravar essa vulnerabilidade, principalmente na ausência de sintomas e de tratamento. Estudo realizado na Índia aponta que a transmissão do HIV de um cônjuge para sua mulher é ocasionada pelo histórico de infecção sexual durante o casamento com valor de risco de 2,05 vezes (PARANTA et al., 2017; PANDA et al., 2015).

A literatura sinaliza também uma forte relação entre o sexo feminino e o arrependimento após a divulgação do status sorológico para o parceiro, fato este que pode dificultar o estabelecimento de parcerias sexuais. Os principais fatores que envolvem essa assertiva são as rejeições e as reações negativas após a divulgação, possivelmente levando ao repúdio, problemas de habitação, separação de crianças e até violência (DUBE; MARSHALL; RYAN, 2016).

Apesar das mulheres apresentarem um quadro específico de vulnerabilidade. Os seus dados e o panorama nacional mostram maior número de casos entre homens, em especial os HSH (BRASIL, 2016). Autores apontam que o gênero pode influenciar o adoecimento e as trajetórias assistenciais (ROSSETTO et al., 2017).

Nesse estudo, o estabelecimento das parcerias sexuais entre adultos jovens (30 a 39 anos), com renda de até três salários e escolaridade fundamental e média completa, corrobora com estudo realizado entre casais vivendo no contexto do HIV/aids recrutados em 14 países europeus. No presente estudo, houve predomínio da etnia parda, o que pode ser explicado pela predominância dessa etnia sobre todas as outras no Brasil, resultado da forte miscigenação. A infecção pelo HIV, pode acometer todas as faixas etárias, entretanto os jovens são mais susceptíveis a adquirir a infecção pelo HIV, principalmente casais (RODGER et al., 2016; DUBE; MARSHALL; RYAN, 2016; MWAKALAPUKA et al., 2017).

Em relação a presença de filho entre as parcerias sexuais, muitos casais que estabelecem uma parceria sexual fixa, almejam a possibilidade de ter filhos, estudo envolvendo 1421 adultos com HIV, identificou que 28% a 29% desses adultos apontaram a aspiração de ter filhos, em contrapartida ainda existem algumas interfaces que limitam esse forte desejo de ter seus próprios filhos que vão desde o medo da transmissão vesical, falta de conhecimento sobre essa infecção até preconceitos com a infecção (MWAKALAPUKA et al., 2017).

Quanto a condições socioeconômicas, autores apontam que o gerenciamento do risco da transmissão sexual do HIV entre as parcerias sexuais e a escolha de uma estratégia de prevenção são influenciadas particularmente por posições econômica, social, política e culturalmente desfavorecidas, limitando o comportamento de prevenção e a capacidade de tomar decisões sobre práticas de sexo seguro (ATUJUNA et al., 2018). A maior parte das novas infecções pelo HIV é estabelecida por meio do contato sexual, ocorrendo principalmente em parcerias heterossexuais em regiões de baixa e média renda (DOURADO et al., 2015).

No que diz respeito à condição clínica, os pacientes em sua maioria apresentaram contagem de T-CD4+ acima de 500 cel/mm³, diagnóstico com menos de dois anos e não possuem comorbidades. O monitoramento de pacientes infectados pelo HIV baseia-se em medidas de carga de RNA (ácido ribonucleico) de plasma do HIV (carga viral) e contagem de células T-CD4 no sangue (OLIVEIRA et al., 2017; LAM et al., 2017; RODGER et al., 2016).

No que concerne a carga viral indetectável, a supressão viral sustentada por meio da terapia antirretroviral reduz consideravelmente o risco de transmissão sexual do HIV, expandindo as possibilidades de prevenção. De forma similar, outras variáveis também foram elencadas na literatura como decisivas na transmissão do HIV, como

o impacto da idade da pessoa infectada, tipo e frequência da atividade sexual, circuncisão, presença de outras infecções sexualmente transmissíveis, uso de métodos de contracepção de barreira, fundo genético do hospedeiro, presença de mutação nos co-receptores do HIV, variabilidade nos antígenos de histocompatibilidade e os receptores semelhantes a imunoglobulinas de células Killers (PERRY et al., 2017).

No que diz respeito a carga viral, a literatura deixa explícito a importância da utilização da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART - *highly active antiretroviral therapy*) na redução do HIV a níveis indetectáveis no plasma e nos fluidos genitais. A realização dessa intervenção favorece a uma diminuição da carga do vírus a níveis indetectáveis de forma persistente no organismo interferindo na cadeia de transmissão no âmbito das parcerias sexuais (ROMERO et al., 2015).

Essa terapia altamente potente surgiu no ano de 1996, e nos dias atuais é considerada um regime de tratamento que inibe ou interfere a replicação e a progressão da infecção pelo HIV. É uma combinação de três ou mais antirretrovirais que interferem nas diferentes etapas da replicação do microrganismo. Esse novo tratamento dispôs aos pacientes que vivem com HIV/AIDS melhora na qualidade e expectativa de vida (FERNANDES et al., 2017).

No intuito de alcançar uma carga viral indetectável, pessoas HIV positivas que recebem a terapia antirretroviral precocemente e mantem uma adesão satisfatória, têm baixa carga de RNA do HIV o que impede a atividade viral proporcionando uma diminuição marcante da infecção pela transmissão sexual. Estudo realizado pela a Rede de Ensaios de Prevenção do HIV realizou um ensaio multicontinental, randomizado e controlado em casais sorodiferentes heterossexuais e apontou uma redução de 96% no risco de transmissão do HIV em adultos HIV positivos em comparação com o grupo que adiaram o tratamento (COHEN et al., 2011).

Uma revisão sistemática com meta-análise com o intuito de identificar a infecção por HIV entre parceria heterossexual discordantes realizou um comparativo entre pacientes em uso de antirretroviral e os que não utilizaram a medicação e identificou redução de 91% em infecciosidade com uso de antirretrovirais (BAGGALEY et al., 2013).

Outro estudo derivado de uma coorte realizada na África, que acompanhou um total de 16.667 indivíduos que não foram infectados pelo HIV, identificou que o risco individual de aquisição do HIV diminuiu significativamente com o aumento da

cobertura antirretroviral, em uma comunidade com alta cobertura da medicação (30-40% de todos os indivíduos infectados pelo HIV em tratamento com medicação) estes eram 38% menos propensos a adquirir o HIV quando comparado a uma comunidade a qual a cobertura era baixa (<10% de todos os indivíduos infectados pelo HIV em terapia antirretroviral) (TANSER et al., 2013).

Estudo realizado por meio de modelagem matemática com o objetivo de prever o impacto epidêmico do tratamento de casais discordantes para prevenir a transmissão do HIV, identificou que a utilização de antirretroviral por pacientes sorodiferentes pode ter um impacto significativo frente essa epidemia (EL-SADR; COBURN; BLOWER, 2011).

Estudo realizado em país em desenvolvimento como a China realizou um segmento de cinco anos, com o objetivo de avaliar a taxa de soroconversão do HIV em casais sorodiscordantes e identificou que no início a transmissão do HIV ocorreu em 505 dos 1258 casais na ausência de uma intervenção, posteriormente cinco dos 753 casais discordantes encontraram soroconvertidos durante a observação subsequente de 5 anos após a implementação das intervenções. Os fatores independentemente associados à soroconversão do HIV incluíram uma carga viral do HIV > 1000 cópias/ml e uso de preservativos nos últimos 6 meses (YANG et al., 2015).

O alcance da carga viral indetectável, com a utilização de antirretrovirais se apresenta como uma medida alvissareira no controle e prevenção dessa infecção, especialmente em contextos no qual existem restrições de recursos. A partir da extrapolação das vantagens dessa intervenção é possível alcançar o benefício máximo da saúde pública de uma forma econômica (CURRAN et al., 2012; CREMIN; HALLETT, 2015).

Autores conjecturam que a utilização da terapia antirretroviral altamente ativa além de ser eficaz para prevenir a transmissão sexual do HIV em casais heterossexuais sorodiferentes, ainda se mostram mais eficientes que o uso do preservativo, de forma que, apesar do uso consistente do preservativo tenha um efeito protetor importante nesse segmento populacional, o impacto preventivo da medicação antirretroviral pode ser maior (ROMERO et al., 2015).

As últimas recomendações da OMS que versam sobre a disposição precoce da medicação ao parceiro HIV positivo independentemente do seu estado imunológico, com o intuito de reduzir a probabilidade de transmissão sexual do HIV, coadunam com

as inferências dos autores supracitados para o tratamento e a prevenção dessa infecção entre casais sorodiferentes (OMS, 2012).

Nesta perspectiva, é importante salientar que o monitoramento da carga viral deve ser realizado de forma assídua nos serviços de saúde com o objetivo de avaliar tanto o efeito do tratamento, especialmente entre os casais sorodiferentes, quanto a detecção precoce e a implementação de um programa de aconselhamento para esses casais.

Apesar de não compor o escopo desse estudo, é importante destacar que, para que os pacientes com HIV em acompanhamento nos serviços especializados alcance a supressão no organismo com obtenção de carga viral indetectável, é pertinente a obtenção da adesão a medicação antirretroviral.

Sensibilizar os pacientes da importância do uso dessa terapia antirretroviral é um dos pilares para o gerenciamento do risco da transmissão do HIV. Níveis satisfatórios de adesão foram associados com menos atribuição de risco ao sexo desprotegido por parceiros soronegativos, melhor eficácia do tratamento, bom conhecimento sobre o tratamento e consequências negativas percebidas de uma adesão fraca. O apoio social é um dos preditores para uma boa adesão entre casais sorodiferentes (MENDELSON et al., 2015).

Com relação à sorologia do parceiro, no presente estudo, a maioria são casais sorodiscordantes 73 (42,2%) e um percentual significativo desconhece a sorologia do parceiro 54 (31,2). Quando se trata de parcerias sexuais destaca-se a preocupação com os aspectos que envolvem a transmissão do HIV, especialmente na fase aguda da infecção na qual ocorre a maior chance de transmissão. Em parcerias sexuais fixas, negociar a utilização do preservativo representa um entrave para esses casais, visto que, a não utilização do preservativo em muitas relações caracteriza-se como um sinal de confiança (TAYLOR; PSAROS, 2017).

No Brasil, os estudos sobre essa temática ainda são escassos, o panorama dessa situação ainda é limitado no âmbito brasileiro. No contexto internacional em país como a Tailândia, o percentual de sorodiscordância é aproximadamente 58%, na Índia, esse percentual se aproxima de 54,6%, na África Oriental e Austral existe uma variação em relação da taxa de sorodiscordância de 36% a 85%, com um valor geral de 49%, conjectura-se que em países no qual existe uma prevalência de HIV acima de 10% os mesmos apresentam um percentual de discordância entre 36,3% e 58,5% (MWAKALAPUKA et al., 2017).

No que concerne as características afetivos-sexuais do presente estudo, a maioria das pessoas vivendo com HIV/aids estão em uma parceria fixa, casados ou união estável, morando com o parceiro. As dimensões sobre o tipo de parceria sexual não são bem elencadas na literatura como fator individual para a transmissão do HIV, embora autores apontam que a transmissão ocorre em principalmente entre casais em relacionamentos estáveis uma vez que esse tipo de relacionamento favorece o uso inconsistente do preservativo e consequente aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras ISTs (HENRY et al., 2015; MWAKALAPUKA et al., 2017).

No presente estudo, um percentual significativo dos casais que vivem no contexto do HIV são os HSH, com sorologia discordante ao HIV. Lidar com diferentes expressões da sexualidade tem-se mostrado um grande desafio para a sociedade e serviços de saúde, ainda muito suportado por um modelo biomédico e heterossexista (PASSAMAI et al., 2012).

Em relação a orientação sexual, essa população de HSH apresenta vulnerabilidades distintas ao HIV, que podem estar relacionadas tanto às atitudes e comportamentos sexuais (sexo anal sem preservativo), presença de múltiplos parceiros, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de internet para encontrar parceiros sexuais e sexo grupal, como também pelas estratégias incipientes dos serviços de saúde em propor recrutamento e assistência qualificada para esse perfil de parcerias sexuais. O percentual de transmissibilidade do HIV no sexo anal quando equiparado ao sexo vaginal pode ser dez vezes maior na ausência da medicação antirretroviral (LAM et al., 2017; RODGER et al., 2016).

De maneira geral, as novas infecções por HIV entre HSH ocorrem devido a relações sexuais desprotegidas na presença de carga viral detectável e quando não se tem o conhecimento da própria situação sorológica, principalmente em relações estáveis. A transmissão muitas vezes acontece antes do estabelecimento de parceria fixa ou como resultado de relações sexuais com outros parceiros durante o relacionamento (CISSÉ et al., 2016; CHAKRAPANI et al., 2017).

A despeito da elevada taxa de transmissibilidade no sexo anal, esse panorama pode ser modificado na presença do uso da medicação para o HIV e consequente adesão ao antirretroviral. Estudo realizado em 14 países europeus com 1166 casais sorodiscordantes ao HIV, os quais relataram praticar a relação sexual sem o uso do preservativo e apresentando carga viral indetectável com um acompanhamento médio

de 1,3 anos por casal, sugeriu uma estimativa da taxa de transmissão geral e a taxa de transmissão para sexo anal de zero (RODGER et al., 2016).

A literatura aponta a importância da implementação de estratégias combinadas, articulando primordialmente o uso do preservativo em todas as relações sexuais atrelado à introdução de terapias antirretrovirais (TARV) precoce, favorecendo a diminuição da carga viral no plasma sanguíneo (AFE; FADERO; OLUOKUN, 2015; SUZAN-MONTI et al., 2016).

A utilização de forma consistente do preservativo em todas as relações sexuais ainda não é uma prática realizada de forma assídua entre um quantitativo significativo dos casais, principalmente entre parcerias sexuais discordantes, demonstrando dessa forma a necessidade de implementar melhorias às práticas preventivas nos SAE. O uso inconsistente do preservativo entre PVHA foi identificado em estudos realizados em outros países. Estudo conduzido no Brasil mostrou uma prevalência de 28,7% (ENGEDASHET; ALEMAYEHU; GEZAHEGN, 2014; KILEMBE et al., 2015; YALEW; ZEGEYE; MESERET, 2012; REIS; MELO; GIR, 2016).

Neste estudo, identificou-se que o uso consistente do preservativo foi associado com ter parceria sexual sorodiscordante. A utilização do preservativo de forma consistente entre pessoas que vivem no contexto do HIV se faz necessário não só entre os casais sorodiscordantes mas também entre as parcerias soroconcordantes, visto que essa estratégia evita o processo de reinfecção de cepas já resistentes aos antirretrovirais, serve como barreira na disseminação de outras IST e ainda diminui a carga viral durante as relações sexuais (REIS; MELO; GIR, 2016).

Outra variável que obteve destaque foi o uso inconsistente do preservativo masculino entre os indivíduos com sorologia desconhecida. A não adesão ao preservativo é preocupante não apenas em parcerias sorodiferentes, mas também entre parcerias sexuais desconhecidas visto que esse panorama reflete a ausência da implementação da estratégia combinada, presença de comportamento sexual de risco e possibilidades tanto de transmitir o HIV, na presença de uma carga viral detectável, quanto de adquirir outras IST.

O estudo realizado em Atlanta, na Geórgia, identificou situação análoga ao presente estudo, no qual identificou que 44% das pessoas sexualmente ativas que vivem com infecção pelo HIV se envolvem em sexo sem preservativo com parceiros de status negativo/desconhecido ao HIV. Os participantes frequentemente não conheciam o status de HIV de seus parceiros sexuais (KALICHMAN et al., 2016).

Apesar das disposições de estratégias sinérgicas para a prevenção da transmissão do HIV e promoção da saúde, a complexidade das relações interpessoais ainda fragiliza a tomada de decisão por medidas preventivas, exercendo grande influência nas vulnerabilidades as IST (QUEIROZ et al., 2018).

Apesar da utilização desse método de prevenção ser a medida mais mencionada pela literatura e ser disposta de forma gratuita pelos serviços de saúde, ainda existe uma inconsistência na sua utilização. Negociar a utilização da camisinha representa um entrave entre casais, uma vez que, a não utilização desse método em muitas relações, caracteriza-se como um sinal de fortalecimento dos vínculos afetivos e intimidade, que potencializa seu compromisso e satisfação no relacionamento, configurando-se em uma das principais barreiras para seu uso (LEUNG; POWERS; KRETZSCHMAR, 2017).

De acordo com os achados do presente estudo, a utilização do preservativo masculino quando equiparado ao feminino tem uma aceitabilidade maior entre as parcerias sexuais. As informações sobre a utilização de preservativo na população brasileira ainda são limitadas. Um estudo realizado fora do Brasil, que aborda o comportamento de grupos e/ou classes específicas como pessoas que vivem com HIV, apontam que as crenças de infecciosidade, percepções de risco pessoal e o conhecimento sobre essa infecção interferem no processo de prevenção do HIV (KALICHMAN et al., 2016).

A utilização do preservativo feminino apresenta um percentual baixo de adesão de forma majoritária entre as mulheres, a qual suscita a ideia de que ainda é incipiente a implementação desse método no contexto da atenção a PVHA, à guisa de comparação, estudo realizado no Brasil aponta que a oferta do preservativo feminino é muito restrita apesar da sua distribuição ser dispostas pelos serviços de saúde (REIS; MELO; GIR, 2016).

A despeito do nível de evidência recente de que a supressão da carga viral diminui consideravelmente o risco de transmissão do HIV, é importante salientar a possibilidade de coinfeções, principalmente em parcerias concorrentes. A presença de outra infecção sexualmente transmissível favorece ao aumento da carga viral, potencializando o risco para a disseminação desse vírus (ZWOLIŃSKA et al., 2016).

As principais implicações para os processos de coinfeções atreladas ao HIV envolvem o aumento do vírus no trato genital e aumentam a infecciosidade do HIV relacionados a processos inflamatórios locais. Pesquisas anteriores apontam que a

inflamação local causada pela uretrite está associada a um aumento de oito vezes do HIV do aparelho genital. É premente salientar que o preservativo não confere proteção apenas para a transmissão do HIV entre parcerias sexuais, os benefícios extrapolam essas perspectivas por protegem pessoas que já estão infectadas com o HIV contra outras IST e reduzem o aumento da infecciosidade do HIV (KALICHMAN et al., 2016).

O comportamento sexual, a carga viral e as doenças sexualmente transmissíveis influenciam o risco de transmissão entre parcerias sexuais. Ademais, as perspectivas de um risco acumulado ao longo de vários anos entre as parcerias sexuais também não podem ser desconsideradas, especialmente quando se trata de sexo anal (TAM et al., 2016; RODGER et al., 2016).

A saúde sexual e reprodutiva de pacientes perpassa por uma avaliação de cuidados multiprofissional que vai desde o acolhimento ao acompanhamento pelo serviço, desta forma é pertinente questionar as parcerias sexuais sorodiscordantes sobre sua história sexual, avaliar a necessidade de qualquer teste para detectar IST e orientação sobre comportamento sexual. A detecção precoce por meio de testes rápidos pode funcionar como uma barreira na cadeia de transmissão do vírus do HIV (HAAPA, 2017).

Além da carga viral detectável, outros preditores apresentam um risco potencial para transmissão do HIV tais como tipo e frequência da atividade sexual. Nesse estudo, as práticas sexuais mais realizadas são o sexo oral e anal. Pesquisa realizada em cinco cidades dos Estados Unidos com o intuito de estimar a proporção de transmissões do HIV entre parceiros sexuais HSH identificou que 42% relataram sexo anal insertivo desprotegido com um parceiro principal positivo e 20% relataram sexo anal receptivo desprotegido com um parceiro principal positivo (LASRY et al., 2014).

Quando se trata de prática sexual, o sexo anal receptivo com a ejaculação é reconhecido como de maior risco quando equiparado com outros comportamentos sexuais. O uso do preservativo é uma das estratégias mais antigas e mais recomendada na literatura nacional e internacional, especialmente quando se trata da escolha de uma estratégia combinada eficiente e eficaz entre parcerias sexuais. A combinação de tipos diferentes de modelos de prevenção se mostrou eficaz em estudos multicêntricos recentes como as pesquisas HPTN 052 e o pirex (MAYER et al., 2012; LIU et al., 2013)

No que diz respeito ao uso de álcool, mais da metade dos participantes tem relação sexual sob o efeito de álcool, os principais percalços que envolvem essa

assertiva é que o uso do álcool predispõe a exposição e vulnerabilidade ao HIV. A utilização de álcool e drogas também interfere no gerenciamento do risco da transmissão sexual dessa infecção favorecendo a uma maior exposição a diferentes riscos. O uso do álcool se associa a um pior prognóstico em pacientes com a aids, principalmente por predispor a depressão e abandono do tratamento (MELO et al., 2016).

Autores estimam que o uso do álcool por pelo menos um parceiro pode favorecer ao risco de aquisição do HIV para ambos os parceiros. A utilização dessa substância afeta na personalidade e sua influência na tomada de decisões, ademais, seu excesso pode ocasionar a deficiência imune favorecendo a maior susceptibilidade a infecções oportunistas (DAVEY et al., 2017).

Estudo realizado na Zâmbia, África do Sul, com o objetivo de identificar a prevalência e correlação dos transtornos de dependência alcoólica em pessoas que recebem tratamento para HIV em 16 Centros de Atenção Primária de Saúde, demonstrou que a prevalência de dependência de álcool era alta (27,2% entre homens e 3,9% entre mulheres) (O'CONNELL et al., 2013).

A literatura aponta a existência de associação consistente entre o uso de álcool e o comportamento de risco. Estudo realizado, realizado na Uganda identificou relações estatísticas entre consumo de álcool, aumento do sexo fora do casamento, relações sexuais sem o uso do preservativo e transmissão do HIV (RUZAGIRA et al., 2011).

Uma meta-análise realizada sobre o consumo de álcool na tomada de decisões sexuais identificou que esse consumo estava associado a maiores intenções de se engajar em sexo sem camisinha (SCOTT-SHELDON et al., 2016). A utilização do álcool também apresenta diferenças estatísticas com a progressão do HIV e a resposta inflamatória prejudicada. Nos Estados Unidos a infecção por HIV não tratada estava associado a maiores níveis de álcool no sangue (MCCANCE-KATZ et al., 2012).

Além da relação sexual sem o uso do preservativo, a dependência ao álcool predispõe a relação sexual com múltiplos parceiros, violência sexual, pode afetar a progressão do HIV e reduz a adesão à terapia antirretroviral. Seu consumo excessivo pode estar relacionado ao declínio mais rápido das células TCD4+ em pacientes que não estão em uso da medicação antirretroviral. Aos que estão em tratamento, a ingestão dessa bebida favorece a obtenção de uma carga viral detectável. Além disso,

o uso do álcool pode afetar a progressão de doenças relacionadas ao HIV, como deficiência neurocognitiva (O'CONNELL et al., 2013).

A utilização de drogas entre pessoas com HIV também aumenta a vulnerabilidade ao risco de aquisição de IST entre parceiros sorodiscordantes. Substâncias não injetáveis, apresentam um risco elevado da transmissão dessas infecções principalmente por aumentar a excitação sexual e promover o comportamento sexual de risco (AZIMA; BONTELLA; STRATHDEE, 2015).

A utilização de drogas injetáveis também apresenta um risco iminente para a transmissão de IST pelo sangue através do compartilhamento de seringas (LANSKY et al., 2014). Desta forma a OMS (2009) identificou nove intervenções que se atuam de forma articulada para prevenir o HIV as quais incluem tratamento de substituição de opiáceos, provisão de acesso de seringa estéril através de programas de agulhas e seringas, aconselhamento e testes de HIV, distribuição de preservativos, prevenção e tratamento das IST, educação em saúde, vacinação e tratamento da hepatite viral e prevenção e tratamento da tuberculose (OMS, 2009).

Conviver com HIV e ter uma parceria sexual apresentam grandes desafios como, lidar com fatores emocionais e estressores atrelados à doença, estigma do HIV nas redes familiares e sociais, o impacto dessa revelação sobre o relacionamento interpessoal e falta de suporte pelos serviços de atendimento especializado, especialmente para o parceiro HIV negativo (MENDELSON et al., 2015).

Viver com uma infecção transmissível por contato sexual implica em dificuldade de contar aos demais parceiros sobre a doença. O impacto negativo na qualidade do relacionamento pode afetar a aceitação de diversas estratégias de gerenciamento de riscos da transmissão do HIV e outras IST.

A revelação do status sorológico dessa infecção pelo HIV influencia profundamente a rotina diária das PVHA, principalmente em termos de bem-estar mental, relações sociais, e até mesmo a adesão a terapia medicamentosa. Os aspectos negativos atrelados a divulgação do HIV podem afetar profundamente a qualidade de vidas desses pacientes, e o sentimento envolvido nesse evento pode levar ao auto isolamento (WRIGHT, 2015; MARCELLIN et al., 2017).

Divulgar a um membro da família pode ser um desafio diferente quando comparado a divulgação ao cônjuge ou parceiro sexual. A previsão de consequências negativas é a principal barreira para a não revelação, principalmente pelo medo da discriminação e estigmatização, ou de uma reação desfavorável do parceiro. Desta

forma, a decisão sobre quando e para quem divulgar são frequentemente descritas como um cálculo complexo que pesa os riscos e benefícios percebidos (CONROY; WONG, 2015).

Os dados sobre a sorologia do parceiro também chamam a atenção, principalmente pelo percentual de participantes que não tem o conhecimento da sorologia do seu parceiro, sinalizando a ausência de habilidade para lidar com essa condição. Infere-se que a ausência do conhecimento da sorologia do parceiro pode interferir na tomada de decisão sobre a escolha de um método de prevenção mais eficiente para o casal (MWAKALAPUKA et al., 2017).

Enfatiza-se que a revelação do status sorológico propõe subsídio para o gerenciamento do risco da transmissão do HIV entre parcerias sexuais, além disso, é uma estratégia primordial na prevenção e tratamento dessa infecção e das outras IST. É importante dispor ao paciente a importância dessa divulgação para seu parceiro sexual (CISSÉ et al., 2016).

Además, essa estratégia está sendo reconhecida como uma parte importante na prevenção dessa infecção, especialmente pela possibilidade de apoio do parceiro para a adesão aos cuidados clínicos, medicamentosos e no aporte emocional a pessoa infectada, além disso, o casal ainda pode discutir a melhor estratégia a ser utilizada (OBIRI-YEBOAH et al., 2017).

O impacto emocional da divulgação do HIV para casais sorodiferentes envolve elevado sofrimento psíquico. Evidências empíricas apontam que o estado sorodiscordante aumenta a pressão para um relacionamento em termos de ansiedade, culpa e medos da transmissão que podem ser emocionalmente exaustivos. Existem também barreiras em relação à gravidez (CHERAYI; JOSE, 2015).

A revelação do status sorológico propõe perspectivas alvissareiras no contexto da prevenção e tratamento dessa infecção, permitindo que as pessoas estejam mais vulneráveis a iniciativas sociais e de saúde que visam melhorar a sua saúde física e psicológica, tais como medicamentos antirretrovirais e apoio de grupo. De forma similar os pacientes ficam mais propícios para incorporar novos conhecimentos e permitir discussões mais abertas sobre conviver com essa condição sorológica (BARATEDI et al., 2015).

A ausência da divulgação da própria condição sorológica para o parceiro reflete na inexistência de diálogo ente o casal sobre método de prevenção, a ênfase envolve

primordialmente parcerias sexuais fixas com sorologia discordantes, com maior possibilidade de risco para transmissão do HIV.

No que concerne as estratégias de gerenciamento de risco implementadas pelas parcerias sexuais, os resultados desse estudo apontam que o conhecimento sobre métodos de prevenção e as estratégias implementadas por esses pacientes ainda são limitados, a utilização do preservativo e a medicação antirretroviral compõem as principais opções de escolha no que diz respeito aos métodos de prevenção para o casal.

A execução de estratégia combinada é uma recomendação frequentemente pontuada nas discussões nacionais e internacionais, é uma ação sinérgica que proporciona a redução do risco da transmissão do HIV entre parcerias sexuais, entretanto, para que o paciente alcance o empoderamento de poder escolher uma estratégia mais viável, de acordo com a eventual necessidade, é importante que o serviço de atenção primária disponha opções disponíveis (DOURADO et al., 2015).

A primeira medida preconizada pela OMS, supracitada anteriormente é a utilização consistente do preservativo, além da terapia medicamentosa precoce, entretanto a utilização de novas tecnologias de prevenção biomédica como a PEP e a PrEP vem sendo largamente implementada na prevenção e promoção de saúde de PVHA (JENNESS et al., 2016, OMS, 2015).

Apesar de ainda não estar sendo implementada em todas as regiões do Brasil, a terapia Pré-exposição sexual, comercializada nos Estados Unidos como “Truvada”, vem sendo recomendada principalmente para casais sorodiscordantes, como uma perspectiva positiva na prevenção dessa infecção, e se refere à disponibilização da terapia medicamentosa antes de possível exposição ao HIV em relação sexual desprotegida. Com a utilização e a adesão correta o risco de transmissão do HIV diminui substancialmente (SAID; SEIDL, 2015).

A disposição de intervenções nos últimos anos, como orientações sobre a importância do uso do preservativo e da adesão a terapia antirretroviral, consultas, testes para HIV e tratamento de infecções oportunistas, proporcionou cada vez mais um perfil de redução das taxas de soroconversão entre parcerias sexuais (YANG et al., 2015).

Conjectura-se que o conhecimento limitado desse segmento populacional quanto aos métodos disponíveis de prevenção e a importância da realização de estratégia combinada se caracterize uma barreira na escolha e utilização de métodos

de prevenção, se restringindo apenas ao uso do preservativo e/ou da medicação antiretroviral.

No que se refere as ações oferecidas nos serviços de saúde para parcerias sexuais, os resultados do presente estudo apontam que aproximadamente metade dos pacientes não receberam informação pelos profissionais de saúde sobre estratégias de prevenção do HIV entre parcerias sexuais e a maioria não recebeu informação pelos profissionais de saúde sobre a PEP.

A disposição de informações sobre a infecção pelo HIV e as intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, exercem um papel estratégico na prevenção do HIV. No cenário das novas tecnologias biomédicas de prevenção, a PEP é um método de emergência utilizado principalmente quando todos os outros recursos tenham falhado ou não tenham sido utilizados (GRANGEIRO et al., 2015).

Diversos são os fatores que interferem na oferta da PEP como ausência de uma percepção correta do risco e de acesso facilitado pelos serviços, conhecimento inadequada dos benefícios dessa tecnologia biomédica, além disso, a adesão inadequada interfere no tratamento oportuno e satisfatório desse medicamento, uma vez que os eventos adversos não são esclarecidos aos pacientes, contribuindo para redução dos benefícios da PEP (KUCHENBECKER, 2015).

Observa-se que existem lacunas nas atuações da tríade serviço, profissional e usuário, proporcionando uma barreira ao cuidado integral ao usuário. Muitas vezes a oferta de ações e serviços é pautada em uma dinâmica burocrática atrelada a organização tecnológica, não pontuando as demandas biopsicossociais, focando em aspectos que muitas vezes não coadunam com as necessidades dos pacientes. Desta forma, é importante salientar a importância do envolvimento contínuo do SAE no atendimento aos pacientes com HIV, no intuito de minimizar a progressão clínica para a aids e diminuir a transmissão do HIV (PASSAMAI et al., 2012).

No âmbito das novas tecnologias biomédicas de prevenção dispostas no cenário atual, é importante implementar um diálogo mais horizontal entre usuários e profissionais de saúde visto que, por ter um contato mais próximo com os pacientes, o profissional do SAE detém um papel crucial para boas perspectivas na interrupção da cadeia de transmissão desse vírus, principalmente por expor às possibilidades de prevenção dessa infecção.

As boas práticas de assistência multiprofissional imbricadas nos serviços especializados devem envolver a identificação das práticas sexuais dos casais, a

comunicação sobre carga viral com parceiros, além do acompanhamento sobre a realização de testes rápidos de IST para facilitar a discussão de diferentes estratégias de prevenção, dependendo dos níveis de risco (CONROY et al., 2016).

Nesse contexto, infere-se que esse segmento populacional necessite de uma rede de atenção à saúde integrada que preste cuidado de forma holística a esses pacientes, de forma a não dispor apenas a oferta de diagnóstico e tratamento, mas abordar o paciente de forma integral, proporcionando cuidados permanentes e sustentáveis, mediante a utilização de estratégias adequadas.

Dessa forma, é importante orientar sobre as estratégias de prevenção do HIV aprovadas pela OMS (2017) e pelo Ministério da Saúde (2013), como a PEP, o tratamento como forma de prevenção, que proporciona uma proteção eficaz entre casais sorodiferentes, a circuncisão masculina, que apresentou um de munição da transmissão do HIV de até 60%, o uso de gel vaginal microbicida associado a um antirretroviral com redução de 39%, a infecção entre mulheres comparado ao grupo que utilizou placebo e a PrEP, que é a utilização de comprimido de antirretroviral diário como forma de proteção contra o HIV (COHEN et al., 2011; KARIM et al., 2010).

A PrEP é uma intervenção biomédica que está em processo de implementação em todas para todas as regiões Brasileiras, é uma estratégia que vem se destacando no controle da infecção pelo HIV. A eficácia vem sendo demonstrada em ensaios clínicos desenvolvidos e o percentual de redução de risco no que diz respeito a transmissão pode variar de 92% a 100%, levando em consideração a adesão terapêutica (QUEIROZ; SOUSA, 2017; GRANT; LAMA; ANDERSON, 2010; GRANT et al., 2014).

Estudo realizado no sudeste do Brasil aponta a importância da consolidação de um serviço que extrapole as estimativas esperadas pelos programas de controle do HIV, com uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, construindo um sistema integrado, proativo, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde (FIGUEIREDO et al., 2014).

Departamentos de assistência especializada a pacientes como HIV nos Estados Unidos e em alguns países europeus proporcionam rotineiramente a pessoas recentemente diagnosticadas com HIV um serviço articulado para parcerias sexuais. Os principais impactos dessa intervenção são o aumento da detecção de casos entre parcerias sexuais, diminuição da transmissão do HIV, disposição de cuidado integral

a todos envolvidos e início da terapia antirretroviral entre pessoas infectadas (CHERUTICH et al., 2017).

A literatura aponta que os serviços de assistência ao parceiro sexual são eficientes e eficazes no controle dessa infecção e na disposição de um atendimento holístico a esse público. Dois ensaios randomizados realizado no Malawi corroboram com essa assertiva. Ensaio aleatório realizado nos Estados Unidos identificou resultados semelhantes, no início dos anos 90, o qual apontou que os serviços de parceiros assistidos aumentam a realização do teste rápido para o HIV e outras ISTs do parceiro sexual (LANDIS et al., 1992; BROWN et al., 2011; ROSENBERG et al., 2015).

Intervenções baseadas em pares de casais tem se mostrado uma estratégia promissora no âmbito da prevenção do HIV, principalmente quando são edificados capacidades de comunicação e a dinâmica de relacionamento nas diferentes parcerias, melhoria na adesão, envolvimento em cuidados e a supressão viral (CONROY et al., 2016).

Nessa perspectiva, a atuação desse serviço deve estar atrelada ao reconhecimento da importância do atendimento do casal para aconselhamento e intervenções multiprofissionais, dispondo de informações cruciais sobre a transmissão do HIV e as novas tecnologias biomédicas disponíveis para esses casais. Conjectura-se que pesquisas demonstrando a eficiência de serviço com essa configuração de atendimento, possibilite implementa ações em saúde que coadunem com a necessidade desses casais (CHERUTICH et al., 2016).

A despeito do nível de evidência que a terapia medicamentosa proporciona sobre a proteção contra o HIV, o sucesso dessa intervenção depende da atuação articulada dos SAE, visto que, é premente que parceiros HIV-negativos tenham informações de carga viral atualizadas de seus parceiros e informações precisas sobre a variabilidade da carga viral, cepas resistentes aos medicamentos do HIV e fatores que podem interferir no efeito supressivo da terapia antirretroviral (CONROY et al., 2016).

A implementação da educação em saúde no contexto dos serviços de atenção aos pacientes com HIV é uma ferramenta imprescindível que tem o intuito de ampliar alternativas para melhor estratégia de prevenção, principalmente entre parcerias sexuais sorodiscordantes.

O emprego de tecnologias de informações, segundo evidências científicas, proporciona subsídio para o desenvolvimento do processo educativo nos diferentes

segmentos populacionais. Essa ferramenta tem o intuito de aumentar a eficiência da aquisição de informações em contextos educativos. A integração dessa tecnologia no ensino e aprendizado tem apontado um impacto positivo nos domínios afetivos e cognitivos (KESER; ÖZCA, 2011).

A health literacy transcende o conceito de educação em saúde, pois é caracterizada como a capacidade de compreender, interpretar e implementar informações dispostas sobre saúde, suscitando o empoderamento do indivíduo. As estratégias educacionais estão imbricadas em um dos pilares que cerne a prevenção da propagação dessa infecção, da adesão ao tratamento e propõe subsídio para a qualidade de vida para os pacientes com o HIV (PASSAMAI et al., 2012; KALICHMAN; PELLOWSKI, CHEN, 2013).

Os cuidados prestados a PVHA são enfatizados na literatura como complexo, uma vez que envolve um quantitativo significativo de pessoas que apresentam um baixo nível de escolaridade. Apesar da implementação de uma estratégia educacional, muitas vezes não atinge a eficiência e a eficácia desejada, apresentando vários problemas, como: não adesão à terapia de medicação, mudanças na atividade sexual, dieta e hábito higiênico inadequado (CUNHA et al., 2017).

Nessa perspectiva é importante identificar o grau de escolaridade desse segmento populacional para que se possa conduzir atividades educacionais em um nível apropriado de compreensão, utilizando múltiplas abordagens de orientação, a fim de informar e garantir que o paciente seja capaz de entender (KALICHMAN; PELLOWSKI; CHEN, 2013, CUNHA, 2017).

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O perfil da amostra estudada revelou um predomínio do sexo masculino, adultos/jovens, com idade entre 30 e 39, procedentes de Teresina, com escolaridade compatível com ensino médio completo, pardos, solteiros. A maioria não possuía filhos, apresentavam tempo de diagnóstico menor que 2 anos, com renda de até três salários mínimos e cuja a as células T-CD4 eram maiores que 500 cel/mm³ com carga viral indetectável.

Os indivíduos com HIV/aids que referiram ter parceria sexual sorodiscordante, identificou-se que a maioria eram do sexo masculino, adultos jovens com faixa etária entre 18 a 39 anos, procedentes em sua maioria de Teresina, com grau de escolaridade compatível com ensino médio completo, pardos. A maioria tinha filhos, com uma renda mensal de até 3 salários, com um número de pessoas no domicílio que variou de 1 a 2 pessoas. A sorologia do parceiro foi influenciada pelas variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, possuir filhos e número de filhos.

A cronificação do HIV/aids permitiu que pessoas vivendo com essa infecção pudessem estabelecer uma variedade de parcerias (fixas, casuais, soroconcordantes ou discordantes). Quanto as variáveis afetivos-sexuais a maior parte se envolveu um relacionamento homossexual, com predomínio de parceria fixa. O uso do preservativo masculino foi realizado de forma consistente entre as parcerias sexuais, o uso do preservativo feminino não teve a mesma aceitabilidade, a sífilis foi a coinfeção mais presente entre esses pacientes com HIV e as práticas sexuais mais realizadas foram o sexo oral, anal receptivo e anal insertivo. A utilização de álcool se fez presente na maioria das relações sexuais desses casais com HIV, em contrapartida a utilização de drogas foi mínima, a maior parte desses casais revelou sua condição sorológica para e parceiro sexual, pois consideram importante essa divulgação.

Houve um predomínio de estabelecimento de relacionamento com parceria sexual sorodiscordante entre os indivíduos que se declaravam ser heterossexual e ter parceria fixa, a maioria utilizava o preservativo masculino de forma consistente, a sífilis foi a coinfeção mais presente entre as essas parcerias sexuais e a utilização de álcool se faz presente entre as relações sexuais. A revelação da situação sorológica foi realizada por um percentual significativo dos participantes e a maioria consideram importantes revelar a sua atual condição sorológica.

A sorologia da parceria sexual apresentou diferenças significante estatisticamente entre as variáveis afetivos-sexuais: tipo de parceria, uso do preservativo masculino, prática sexual vaginal insertivo, divulgação do HIV para o parceiro e considera importante a divulgação do HIV para o parceiro.

A estratégias de gerenciamento de risco no âmbito das parcerias sexuais ainda se limitaram ao uso do preservativo e a ingestão da medicação diariamente, independente da sorologia do parceiro, a expansão do conhecimento sobre métodos de prevenção ainda se configura de forma insipiente nesse macro cenário. O diálogo entre as parcerias sexuais sobre melhores estratégias de prevenção para o casal, ainda é pouco frequente.

Verificou-se associação estatística entre a sorologia do parceiro e as variáveis de gerenciamento de risco: preservativo masculino, combinações de estratégia de prevenção, uso de PEP quando o preservativo estourasse e frequência você e seu parceiro (a) conversam sobre o melhor método de prevenção para o casal.

A atuação do serviço de atendimento especializado as pessoas que vivem com o HIV ainda são limitadas, principalmente porque as necessidades dos pacientes como informação pelos profissionais de saúde sobre estratégias de prevenção do HIV entre parcerias sexuais, transmissão sexual e sobre a profilaxia pós-exposição sexual (PEP) ainda se encontram aquém do necessário. O recrutamento do parceiro sexual também não é uma prática realizada dentro desses serviços, o que se constitui em importante aspecto da vulnerabilidade programática desta população.

O estabelecimento de parcerias sexuais entre pessoas que vivem com HIV é uma realidade cada vez mais presente, entretanto o estigma de conviver com essa infecção ainda se caracteriza como uma barreira entre as relações interpessoais, tanto no âmbito familiar e social quanto no estabelecimento de parceria sexual, o apoio do parceiro principalmente nas relações fixas é um dos pilares para que o paciente gerencie as formas de prevenção do HIV para o casal.

A atuação dos serviços de atendimento especializado a pessoas com HIV deve estar atrelada ao reconhecimento da importância do atendimento do casal para o atendimento nas consultas multiprofissionais, dispondo informações cruciais sobre transmissão do HIV, no âmbito de casais sorodiscordantes e as novas tecnologias biomédicas disponíveis.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou como limitação o recrutamento apenas um dos parceiros sexuais, o qual não permitiu o acompanhamento de ambos os casais, além do viés de memória relacionados informações obtidas sobre comportamentos e práticas que o paciente eventualmente pode esquecer. Apesar de se tratar de uma pesquisa realizada em sala individual com a presença apenas do pesquisador e do paciente, a aplicação do questionário apresenta perguntas íntimas que podem não refletir a realidade de, pois na frente do profissional de saúde pode ser difícil admitir alguns comportamentos como múltiplas parcerias, sexo grupal, uso do preservativo

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AFE, A. J.; FADERO, T.; OLUOKUN, O. HIV Sero-Discordant Couples in Southwest Nigeria: Prevalence and Associated Risk Factors. **Journal Aids HIV infections**. v. 1, n. 1, p. 1-9, 2015.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2014.
- ATUJUNA M., et al., Contexts of vulnerability and the acceptability of new biomedical HIV prevention technologies among key populations in South Africa: A qualitative study. **Plos One**. v. 13, n. 2, p. e0191251, 2018.
- AZIMA, T.; BONTELLA, I.; STRATHDEE, S. A. Women, drugs and HIV. **International Journal of Drug Policy**, v. 26, p. S16–S21, 2015.
- BAGGALEY R. F. Heterosexual HIV-1 infectiousness and antiretroviral use, systematic review of prospective studies of discordant couples. **Epidemiology**, v. 24, p.110–21, 2013.
- BAGGALEY, R. F.; WHITE, R. G.; BOILY, M. C.; HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. **International Journal Epidemiology**, v. 39, n. 4, p. 1048-63, 2010.
- BARATEDI, W. M. Experiences of the HIV Serostatus Disclosure in Serodiscordant Couples in Three Urban Areas in Botswana. **Life Science Journal**, v. 11, n. 11, p. 961- 965, 2014.
- BASAVARAJ, K. H.; NAVYA, M. A.; RASHMI, R. Quality of life in HIV/AIDS. **Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 31, n.2, p. 75–80, 2010.
- BEDINGFIELD, N., et al. Revelations of HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy (HAART) in rural Uganda. **AIDS Care**. 2014, v. 26, n. 1, p. 75-78.
- BEZERRA, V. P., et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 70-6, 2015.
- BOYD, M. Universal access to HIV care including antiretrovirals. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 7, p. 562, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/12**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Política brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS –DST**. Ano III, n.01, 2014.

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

BROWN LB, M., et al. HIV partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunities for HIV treatment and prevention. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 56, p. 437-42, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epidemiology notes and reports possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS)**. California, 1982.

CHAKRAPANI, V., et al. HIV Status Disclosure and Condom Use Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men and Hijras (Male-to-Female Transgender People) in India: Implications for Prevention. **AIDS Care**, v. 29, n. 2, p. 231-238, 2017.

CHERAYI, S.; JOSE, J. P. The determinants of distress among HIV discordant couples. **HIV & AIDS Review**. v. 14, n. 4, p. 119-125, 2015.

CHERUTICH P., et al. Assisted partner services for HIV in Kenya: a cluster randomised controlled Trial. **Lancet HIV**. v. 4, n. 2, p. e74–e82, 2017.

CISSÉ, M., et al. Factors associated with HIV voluntary disclosure to one's steady sexual partner in mali: results from a community-based study. **Journal of Biosocial Science**. v. 48, n. 1, p. 51-65, 2016.

COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

CONROY, A. A., et al. Partner Reports of HIV Viral Suppression Predict Sexual Behavior in Serodiscordant Male Couples. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 73, n. 2, p. e31-e33, 2016.

CONROY, A. A.; WONG, L. H. How reliable are self-reports of HIV status disclosure? Evidence from couples in Malawi. **Social Science & Medicine**. v. 144, p. 28-37, 2015.

CREMIN, I.; HALLETT, T. Estimating the range of potential epidemiological impact of pre-exposure prophylaxis: run-away success or run-away failure? **AIDS**, v. 29, n. 6, p. 733–739, 2015.

CURRAN, K, et al. HIV-1 prevention for HIV-1 serodiscordant couples. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 9, n. 2, p. 160–70, 2012.

DAVEY, D. J., et al. Risky Sex and HIV Acquisition Among HIV Serodiscordant Couples in Zambia, 2002-2012: What Does Alcohol Have To Do With It?. **AIDS AND Behavior**, v. 21, n. 7, p. 1892-1903, 2017.

DINH L.; CHOWELL G.; ROTHENBERG R. Growth scaling for the early dynamics of HIV/AIDS epidemics in Brazil and the influence of sócio-demographic factors. **Journal of Theoretical Biology**, v. 442, p. 79-86, 2018.

DOURADO, I, et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 18, n. 1, p. 63-88, 2015.

DUBE, B. N. R., MARSHALL, T. P., RYAN, R. P. Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care: a systematic review protocol. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 3, p. 158-64, 2016.

DUREVALL, D.; LINDSKOG, A. Intimate Partner Violence and HIV Infection in sub-haran Africa. **World Development**. v. 72, p. 27-42, 2015.

EL-BASSEL, N., et al. National institute of mental health multisite eban hiv/std prevention intervention for african american hiv serodiscordant couples. **Archives of Internal Medicine**, v. 170, n. 17, p. 27, 2010.

EL-SADR, W. M.; COBURN, B. J.; BLOWER, S. Modeling the impact on the HIV epidemic of treating discordant couples with antiretrovirals to prevent transmission. **AIDS**. v. 25, n. 18, p. 2295–9, 2011.

ENGEDASHET, E.; ALEMAYEHU, W.; GEZAHEGN, T. Unprotected sexual practice and associated factors among People Living with HIV at Ante Retroviral Therapy clinics in Debrezeit Town, Ethiopia: a cross sectional study. **Reproductive health**, v. 11, n. 56, p. 1-9, 2014.

ESPADA, J. P.; et al. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. **Atención Primaria**. v. 46, n. 10, p. 558–564, 2014.

FERNANDES N. M., et al. Vulnerabilidade a la infección del VIH entre parejas sorodiscordantes, en Río de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 33, n. 4, p. e00053415, 2017.

FERNANDES, N. M. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

FERREIRA, A. C. G., et al. Transmitted drug resistance in patients with acute/recent HIV infection in Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n. 4, p. 396-401, 2017.

FERREIRA, L. T. K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em portadores do vírus da Influenza humana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, 2012.

FIGUEIREDO, L. A, et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1026-1034, 2014.

GBD HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: The Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet HIV**, v. 3, n. 8, p. e361-87, 2016

GRAF, T.; PINTO, A. R. The increasing prevalence of HIV-1 subtype C in Southern Brazil and its dispersion through the continent. **Virology**, v. 435, n. 1, p. 170-178, 2013.

GRANGEIRO, A., et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, n. 43-62, 2015.

GRANT, R. M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 9, p. 820-829, 2014

GRANT, R. M., et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. The **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.

GRINBERG G., et al. High prevalence and incidence of HIV-1 in a counseling and testing center in the city of Itajaí, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 19, n. 6, p. 631-635. 2015.

GRINSZTEJN, B.; et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 4, p. 281-90, 2014.

GUANILO, M. C. T. U.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M. R. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. Esp, p. 152-9, 2014.

GUIRA, O.; TIÉNO, H.; SAWADOGO, S. Sexualité et risque de transmission sexuelle du virus de l'immunodéficience humaine chez les couples sérodiscordants à Ouagadougou (Burkina Faso). **Sexologies**, v. 22, p. 138-141, 2013.

HAAPA, T., et al. Experiences of living with a sexually transmitted disease: na integrative review of living with a sexually transmitted disease: na integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, p. 1-13, 2017.

HALLAL, R. C.; et al. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, Suppl. 1, p. 169-182, 2015.

HANIZAR, E.; ASZKIYAK, SWASTIKA, K. Prevention of Transmission of HIV/AIDS through Local Social Organizations on Jember Fishermen Community. **Procedia Environmental Science**, v. 23, p. 136-41, 2015.

HARAPAN, H.; et al. HIV-related stigmatized attitudes among health care providers in Aceh, Indonesia: The findings from a very low HIV case-load region. **Polish Annals of Medicine**, v. 22, n. 2, p. 74-81, 2015.

HENRY, E, et al. "Was it a mistake to tell others that you are infected with HIV?": factors associated with regret following HIV disclosure among people living with HIV in five countries (Mali, Morocco, Democratic Republic of the Congo, Ecuador and Romania). Results from a Community-Based Research. **AIDS and Behavior**, v. 19, p. 311-321, 2015.

HUGHES, J. P.; et al. Determinants of per-coital-act HIV-1 infectivity among African HIV-1-serodiscordant couples. **Journal of Infectious Diseases**, v. 205, n. 3, p. 358-65, 2012.

HUNTER, P.; et al. Screening and Prevention of Sexually Transmitted Infections. **Primary Care: Cliniscs in Office Practice**. v. 41, n. 2, p. 215–237, 2014.

IBSP – Instituto Brasileiro para segurança do paciente. 2016. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/oms-apresenta-nova-diretriz-para-tratamento-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/>

JENNESS, S. M., et al. Effectiveness of combination packages for HIV-1 prevention in sub-Saharan Africa depends on partnership network structure: a mathematical modelling study. **Sexually Transmitted Infections**, v. 92, n. 8, p. 619-24, 2016.

KALICHMAN, S. C., et al., Sexual Behaviors and Transmission Risks Among People Living with HIV: Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. **Achives of Sexual Behavior**, v. 45, n. 6, p. 1421–1430, 2016.

KALICHMAN, S. C.; PELLOWSKI, J.; CHENY. Requesting help to understand medical information among people living with HIV and poor health literacy. **Aids Patient Care STDS**. v. 27, n. 6, p. 326-332, 2013.

KARIM, Q. A., et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. **Science**, v. 329, n. 5996, p. 1168-1174, 2010.

KESER, H., DENIZ, Ö. Current trends in educational technologies studies presented in World Conferences on Educational Sciences. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 15, p. 3989–3998, 2011.

KILEMBE, W., et al. Knowledge of HIV serodiscordance, transmission and prevention among couples in Durban, South Africa. **Plos One**, v. 10, p. 4, p. 1-12, 2015.

KUCHENBECKER, R. Qual é o benefício das intervenções biomédicas e comportamentais na prevenção da transmissão do HIV? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n. 1, p. 26-42, 2015.

LAGO, E. L. M. S; MAKSUD, I.; GONÇALVES, R. S. A "sorodiscordância" para profissionais de saúde: estudo qualitativo da assistência em ambulatório de HIV/AIDS em município do Estado do Rio de Janeiro. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 974-88, 2013.

LAM, C. R., et al. Subtypes and Risk Behaviors Among Incident HIV Cases in the Bangkok Men Who Have Sex with Men Cohort Study Thailand, 2006-2014. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 33, n. 10, p. 1004-1012, 2017.

LAMPE, M. A; et al. Achieving safe conception in HIV-discordant couples: the potential role of oral preexposure prophylaxis (PrEP) in the United States. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 204, n. 6, p. 488.e1–488.e8, 2011.

LANDIS, S. E., et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. **New England Journal of Medicine**, v. 326, p. 101–06, 1992

LASRY, A.; et al. HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: assessing the effects of combining prevention strategies. **AIDS**, v. 28, p. 1521–1529, 2014.

LASRY. A., et al., HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: assessing the effects of combining prevention strategies. **AIDS**, v. 28, n. 10, p. 1521–1529, 2014.

LEUNG, K. Y.; POWERS, K. A.; KRETZSCHMAR, M. Gender asymmetry in concurrent partnerships and HIV prevalence. **Epidemics**, v. 19, p. 53-60, 2017

LIU, A. Y., et al. Sexual risk behavior among HIV-uninfected men who have sex with men participating in a tenofovir preexposure prophylaxis randomized trial in the United States. **Journal of acquired immune deficiency syndromes** , v. 64, n. 1, p. 87-94. 2013

LOCH, A. P, et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

LOUTFY M. R, et al.; Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIVPositive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. **Plos One**, v. 8, n. 2, p. e55747, 2013.

LU, W., et al. HIV transmission risk among serodiscordant couples: a retrospective study of former plasma donors in Henan, China. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 55, n. 2, p. 232–238, 2010.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2009.

MARCELLIN, F., et al. Disclosure of HIV Status Beyond Sexual Partners by People Living with HIV in France: A Call for Help? Results from the National Cross-Sectional Survey ANRSVSPA2. **AIDS behavior**, v. 21, n. 1, p. 196-206, 2017

MAYER, K. H., et al. Sustained treatment as prevention: continued decreases in unprotected sex and increases in virological suppression after HAART initiation among participants in HPTN 052. **Journal of the International AIDS Society**, v. 15, n. 3, p. 118-9, 2012.

MCCANCE-KATZ, E. F., et al. Untreated HIV infection is associated with higher blood alcohol levels. **Journal Acquir Immune Deficiency Syndromes**, v. 60, n. 3, p. 282–288, 2012.

MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V.; VIEIRA, F. M. A. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.

MELCHIOR, R.; et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

MELO, G. C. et al., Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.1, p. 167-175, 2016.

MENDELSON, J. B., et al. A scoping review and thematic analysis of social and behavioural research among HIV-serodiscordant couples in high-income settings. **BMC Public Health**, v. 15, n. 241, 2015.

MENDELSON, J. B., et al. A scoping review and thematic analysis of social and behavioural research among HIV-serodiscordant couples in high-income settings. **BMC Public Health**, v. 15, n. 241, p 1-18. 2015

MERCER, C. H.; et al.; How can we objectively categorise partnership type? A novel classification of population survey data to inform epidemiological research and clinical practice. **Sexually Transmitted Infections**, v. 0, p. 1–8, 2016

DATASUS. Ministério da Saúde. **Epidemiologia e morbidade**. 2015.

MWAKALAPUKA, A., et al. Emotional and Relationship Dynamics between HIV SeroDiscordance and Concordance Couples: A Narrative Literature Review and

Theoretical Framework. **ARC Journal of Public Health and Community Medicine**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2017.

MWAKALAPUKA, A., et al. Emotional and Relationship Dynamics between HIV SeroDiscordance and Concordance Couples: A Narrative Literature Review and Theoretical Framework. **ARC Journal of Public Health and Community Medicine**. v. 2, n. 2, p. 1-14, 2017.

OBIRI-YEBOAH, D., et al. The 'Fears' of disclosing HIV status to sexual partners: a mixed methods study in a counseling setting in Ghana. **AIDS Behavior**. v. 20, n. 1, p. 126-36, 2016.

O'CONNELL, R., et al. Prevalência e correlação do transtorno de dependência de álcool entre TB e pacientes infectados pelo HIV na Zâmbia. **PLoS ONE**. v. 8, n. 9, p. e74406, 2013.

OGUNTIBE, J. U.; OLUWAFEMI, O. Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy.(Report). **HIV/AIDS - Research and Palliative Care**, v. 4, p. 117-8, 2012.

OLIVEIRA, L. B., et al. Epidemiologia do HIV/Aids em estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2015. **Evidentia**. v. 14, p. 1-5, 2017.

OLIVEIRA, L. B., et AL. Establishment of Partnerships in people living with hiv/aids attended in a Specialized center: experience report'. **Sylwan**, v. 162, n. 7, p. 106-21, 2017.

OMS. Guidelines approved by the guidelines review committee. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. World Health Organization, Geneva (2012). Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>. [Acesso em 18 de Fev 2018]

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia Técnico da Organização Mundial da Saúde para que os países estabeleçam metas para o acesso universal à prevenção, tratamento e tratamento do HIV para usuários de drogas injetáveis**, 2009.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015.

PANDA, S., et al. Correlates of HIV Transmission from Husband to Wife among Heterosexual Married Couples in ART-era in West Bengal, India. **Journal AIDS & Clinical Research**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2015.

PARANTA. Y., et al. Sexually Transmitted Infection, Sexual Behavior, and Role of Husband on HIV/AIDS Transmission to Housewives. **Dama International Journal of Researchers**. v. 2, n. 11, p. 88 – 92, 2017.

- PASSAMAI, M. P. B., et al. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 301-4, 2012.
- PERRY, N. S, et al. The predominant relationship between sexual environment characteristics and HIV-serodiscordant condomless anal sex among HIV-positive men who have sex with men (MSM). **AIDS Behavior**. v. 20, n. 6, p. 1228-35, 2016.
- QUEIROZ, A. A. F. L. N., et al. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. **Revista brasileira de enfermagem**,. v. 71, n. 4, 2018. In press.
- QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, p. 11, p. e00112516, 2017.
- REIS, R. K.; et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 565-75, 2011.
- 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**, v. 44, n. 3, p. 759-65, 2010.
- REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 47-53, 2016.
- REYNOLDS, S. J.; QUINN T. C. Setting the stage: current state of affairs and major challenges. **Clinic's Infectious Disease**. v. 50, p. 71-6, 2010.
- RODGER, A. J., et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **JAMA**. v. 316, n. 2, p. 171-81, 2016.
- ROMERO, J. D., et al. Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners. **Enfermedades Infecciosas e Microbiologia Clínica**, v. 33, n.10, p. 666-72, 2015.
- ROSENBERG, N. E., et al. Recruiting male partners for couple HIV testing and counselling in Malawi's option B+ programme: an unblinded randomised controlled trial. **Lancet HIV**, v. 2, p. 483–91, 2015.
- ROSSER B. R. S.; HATFIELD, L. A.; MINER, M. H. Effects of a behavioral intervention to reduce serodiscordant unsafe sex among HIV positive men who have sex with men: the Positive Connections randomized controlled trial study. **The Journal of Behavioral Medicine**, v. 33, n. 2, p. 147-158, 2010.

ROSSETTO, M., et al. The silences framework: metodologia para pesquisas de temas sensíveis e perspectivas marginalizadas na saúde. **Texto contexto – enfermagem**, v. 26, n. 4, p. e2910017, 2017.

RUZAGIRA, E., et al. HIV incidence and risk factors for acquisition in HIV discordant couples in Masaka, Uganda: an HIV vaccine preparedness study. **PLoS ONE**, v. 6, n. 8, p. e24037, 2011.

SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface comunicação saúde educação**, v. 19, n. 54, p. 467-78, 2015.

SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. **Interface**, v. 19, n. 54, p. 467-78, 2015.

SCOTT-SHELDON, L. A, et al. Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 1, p. S19–S39, 2016.

SHAN, D.; et al. Quality of Life and Related Factors among HIV-Positive Spouses from Serodiscordant Couples under Antiretroviral Therapy in Henan Province, China. **PloS one**, v. 6, n. 6, 2011.

SILVA, A. M.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

SINGH, G; PAI, R. S. Dawn of antioxidants and immune modulators to stop HIV-progression and boost the immune system in HIV/AIDS patients: An updated comprehensive and critical review. **Pharmacological Reports**, v. 67, n. 3, p. 600-05, 2015.

SINGH, K. P., et al. HIV-hepatitis B virus coinfection: epidemiology, pathogenesis, and treatment. **AIDS**. v. 31, n.15, p. 2035-2052, 2017.

SOARES J. P., et al., Prevalência e fatores de risco para o HIV/aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura prevalence and risk factors for the hiv/aids into vulnerable. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 182-194, 2017.

SPEZIA, L. P.; at al. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33, n. 4, p. 303-8, 2015.

SUZAN-MONTI, M., et al. Sexual risk behaviour among people living with HIV according to the biomedical risk of transmission: results from the ANRS-VESPA2 survey. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 1, p. 20095, 2016.

SYED, I. A; et al. HIV/AIDS treatment and health related quality of life: Importance of knowing patients' perspective. **HIV& AIDS Review**, v. 12, n. 1, p. 26–27, 2013.

TAM, V. V., et al. HIV serodiscordance among married HIV patients initiating antiretroviral therapy in northern Vietnam. **AIDS Research and Therapy**. v. 13, n. 12, p. 39, 2016.

TANSER, F., et al. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. **Science**, v. 339, p. 966–71, 2013.

Taylor SW. Psaros C. “Life-Steps” for PrEP adherence: demonstration of a CBT-Based Intervention to Increase Adherence to Preexposure Prophylaxis (PrEP) Medication Among Sexual-Minority Men at High Risk for HIV Acquisition. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 24, n. 1, p. 38-49, 2017.

UNAIDS. **Global AIDS Update**. In. Edited by HIV/AIDS JUNPo. Geneva: United Nations; 2016.

VAN DEN BOOM, W., et al.; Is serosorting effective in reducing the risk of HIV infection among men who have sex with men with casual sex partners? **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, v. 65, n. 3, p. 375-9, 2014.

WHO. World Health Organization. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en>. Acesso em 10 de Jan 2018).

WRIGHT, R. S. Influence of Quality of Life and Reason for Non-disclosure on HIV Stress among Urban HIV-Infected African American Men. **Proceedings of The National Conference On Undergraduate Research**, p. 449-456, 2015.

WU, X., et al. Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. **Applied Nursing Research**, v. 28, n. 2, p. 169–174, 2015.

YALEW, E.; ZEGEYE, D. T.; MESERET, S. Patterns of condom use and associated factors among adult HIV positive clients in North Western Ethiopia: a comparative cross sectional study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 308, p. 1-6, 2012.

YANG, R., et al. Five-year follow-up observation of HIV prevalence in serodiscordant couples. **International Journal of Infection**, v. 33, p. 179–184, 2015.

YANG, R., et al., Five-year follow-up observation of HIV prevalence in serodiscordant couples. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 33, n. p. 179–184, 2015.

ZWOLIŃSKA, K, et al. Genetic diagnosis of seronegative (HIV-) partner of female patient with AIDS in the context of HIV transmission. **HIV & AIDS Review**, v. 15, n. 2, p. 97-100, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados- projeto prevenção sexual do HIV

Instrumento sobre Prevenção sexual do HIV entre casais vivendo no contexto do HIV

O presente instrumento reúne questões de natureza sociodemográfica, clínica e de saúde sexual e reprodutiva com o intuito de avaliar as atuais estratégias de prevenção de transmissão sexual do HIV adotadas por pessoas que convivem no contexto do HIV. Contamos com a sua participação e garantimos o sigilo e anonimato dos dados aqui fornecidos

Critério de Inclusão:

Estar com vida sexual ativa

Entrevistador

Teresina
2016

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1. Sexo atribuído ao nascimento?
 Feminino Masculino
2. Data de Nascimento?
 ____/____/____
4. Escolaridade: _____ Anos de estudo
5. Como você se considera em relação a sua cor ou raça?
 Branca Preta Amarela Parda Indígena
6. Qual o seu estado conjugal?
 Solteiro (a) Casado (a) Vive junto/União consensual(a)
 Divorciado (a) Separado (a) Viúvo (a)
7. Tem filhos?
 Sim Quantos: _____ Não
8. Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?
 _____ (Meses/anos)
9. Há quanto tempo faz uso de TARV?
 _____ (Meses/Anos)
10. Já esqueceu de tomar a medicação alguma vez Sim Não
11. Se Sim:
 Atraso no horário da medicação.
 Esqueceu pelo menos uma dose nos últimos 15 dias
 Em algum momento já desistiu do tratamento
12. Mora com parceiro (a)?
 Sim Não
13. Categoria de exposição?
 Sexual Heterossexual Homossexual Bissexual
 Sanguínea Transfusão UDI
 Transmissão vertical Não sabe
14. Qual é a sua situação de trabalho atual?
 Servidor público
 Empregado com carteira de trabalho
 Empregado sem carteira de trabalho
 Trabalha por conta própria e não tem empregados
 Empregador
 Não trabalha atualmente
 Do lar
 Aposentado
15. Renda mensal da família? (Valor Bruto)
 _____ (Somar todos os rendimentos)
16. Número de pessoas que moram no mesmo domicílio?

17. Faz uso de outros medicamentos
 Sim Não QUAIS _____
18. Com que frequência voce esquece de tomar a medicação
 Sempre As vezes Nunca Não se aplica

DADOS DO PRONTUÁRIO (Medicação/Exame Laboratorial)

20. Teve/**tem** algumas destas infecções?

- HPV Tricomoníase Gonorreia
 Sífilis Herpes Genital
 Outra: _____

21. CD4 _____ mm³

22. CARGA VIRAL _____ cópias/ml

23. CD4 Data (___/___/___)

24. Carga Viral Data (___/___/___)

25. Teve/ tem algumas destas Doenças crônicas?

- Diabetes Depressão
 Lipodistrofia HAS
 Dislipidemia
 Trigliceridemia
 Outra: _____

26. Se USA TARV. Verifique:

- Abacavir Ritonavir
 Biovir Saquinavir
 Didanosina Raltegravir
 Darunavir Leopinavir
 Atazanavir Indinavir
 Estavudina Tenofovir
 Fusamperenavir Enfuvirtida
 Zidovudina Nevirapina
 Efavirez Lamivudina

VIDA AFETIVO-SEXUAL

Muitas das perguntas que serão realizadas neste tópico se relacionam com assuntos da sua vida afetivo-sexual e seus relacionamentos. É possível que você pode sentir um pouco desconfortável e que você pode indicar se há qualquer dúvida ou alguma questão que não deseja responder.

27. Você tem parceiro:

- Fixo Casual Fixo e Casual

29. Atualmente nos últimos 6 meses, de uma maneira geral, você tem relação sexual com:

- Homens Mulheres Homens e Mulheres Travestis
 Transexual

30. Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro (a)?

- Positiva Negativa Não sabe

31. Parceiro (a) em seguimento médico referente ao HIV?

- Sim Não Não sei Não aplica

32. Se sim, parceiro faz uso da TARV?

Sim Não Não sei Não aplica

33. Quanto tempo está com o (a) parceiro (a):
_____ (Meses/Anos)

34. Nos últimos 6 meses você tem/teve prática sexual

1. Oral
2. Vaginal insertiva
3. Vaginal receptiva
4. Anal receptiva
5. Anal insertiva
6. Coito Interrompido

HISTÓRIA DE INFECÇÃO DO TRATO GENITAL (DST/IST)

35. Você teve algumas destas manifestações clínicas nos últimos 12 meses?

- Feridas genital
- Corrimento genital
- Pequenas bolhas genitais
- Verrugas anogenitais
- Não
- Não sabe/ não viu

36. História de DST/IST do **PARCEIRO(a)** atual?

- Feridas genital
- corrimento genital
- Pequenas bolhas genitais
- Verrugas anogenitais
- Não
- Não sabe/ não viu

37. Na última vez em que você teve algum desses problemas, você fez algum tipo de tratamento?

- Sim Não Não se aplica

CONHECIMENTO SOBRE RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

38. Qual a prática sexual de maior risco de transmissão do HIV?

- Oral Vaginal receptiva Vaginal insertiva
- Anal receptiva Anal insertiva

40. Você acha que se estiver em tratamento com antirretrovirais e a

- sua quantidade de vírus circulante no organismo (carga viral) estiver indetectável), existe risco de transmitir o HIV para o parceiro(a)?
- Sim Não Não sei

39. Você conhece meios de prevenção para a transmissão sexual do HIV?

- Sim Não

42. Qual o meio que você busca informações sobre a prevenção da transmissão do HIV ?

- Televisão Internet Profissionais da saúde
 amigos Cartazes/Folderes Campanhas/palestras
 Outros: _____
 Não Busca

43. Uso e adesão da TARV diminuem o risco da transmissão do HIV?

- Sim Não Não sei

44. Ter múltiplos parceiros aumenta o risco da transmissão do HIV?

- Sim Não Não sei

45. O risco de uma pessoa soropositivo transmitir o HIV para outra pessoa é pequeno se ela fizer o tratamento.

- Concorda Discorda Não sabe

46. Pessoa que vive com HIV e o parceiro (a) NÃO (casal discordante)

pode transmitir HIV para o parceiro (a)?

- Sim Não Não sei

41. Uso do preservativo em todas as relações sexuais diminuem o risco da transmissão do HIV?

- Sim Não Não sei

48. Carga viral baixa diminui o risco da transmissão do HIV?

- Concorda Discorda Não sabe

49. Presença de úlcera genital aumenta o risco da transmissão do HIV?

- Concorda Discorda Não sabe

50. Ter relação sobre efeito de álcool aumenta o risco da transmissão do HIV?

- Concorda Discorda Não sabe

51. Estratégias combinadas com TARV e uso do preservativo diminuem o risco da transmissão do HIV?

- Sim Não Não sei

52. Você sabe o que é Profilaxia Pré-Exposição Sexual (PrEP)?

- Sim Não

53. Você conhece a profilaxia pós-exposição sexual (PEP)?

- Sim Não

54. Qual o melhor método de prevenção sexual do HIV?

47. Pessoa que vive com HIV e parceiro (a) também (Casal concordante),
pode transmitir HIV para o parceiro
 Sim Não Não sei

- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- Usar ARV para manter carga viral indetectável
- Tratamento de infecções sexualmente transmissíveis
- Conhecer a sorologia do HIV do parceiro
- Combinação destas estratégias

OFERTA E AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

55. Você recebe/recebeu informações a respeito da transmissão sexual do HIV pela equipe de saúde durante as consultas no SAE?
 Sim Não

56. Os profissionais de saúde do serviço que você é atendido já conversaram com você sobre PEP?
 Sim Não

Por qual profissional?

- Auxiliar de/técnico de enfermagem
- Enfermeiro (a)
- Assistente social
- Não se aplica
- Psicólogo (a)

59. Por qual profissional?

- Auxiliar/técnico de enfermagem
- Enfermeiro (a)
- Assistente social
- Psicólogo (a)
- Médico (a)
- outro _____

60. Nos últimos 6 meses, você e seu parceiro (a) já foram atendidos no SAE como casal para aconselhamento sobre as práticas sexuais e as estratégias preventiva?

Sim Não Não se aplica

Por qual profissional?

- Auxiliar de/técnico de enfermagem
- Enfermeiro (a)
- Psicólogo (a)

- Médico (a)
- outro _____

57. Nos últimos 6 meses, seu parceiro (a) já foi convidado a comparecer ao serviço de saúde(SAE/HIV)?

- Sim
- Não

58. Nos últimos 12 meses, seu parceiro (a) recebeu orientações sobre prevenção da transmissão sexual do HIV no serviço de saúde?

- Sim
- Não
- Não sabe

- Assistente social
- Não se aplica
- outro _____
- Médico (a)

61. Você recebeu orientações sobre planejamento reprodutivo na vigência do HIV?

- Sim
- Não

Por qual profissional?

- Auxiliar /técnico de enfermagem
- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Assistente social
- outro _____
- Não se aplica

Instrumento sobre Prevenção do HIV entre casais vivendo no contexto do HIV: parceiro FIXO

GERENCIAMENTO DE RISCO DA TRANSMISSÃO SEXUAL	
<p>73. Nos últimos 6 meses que estratégias vocês utilizam para prevenção da transmissão sexual do HIV?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Camisinha feminina <input type="radio"/> Camisinha masculina <input type="radio"/> Usar ARV para manter carga viral indetectável <input type="radio"/> Tratamento de infecções sexualmente transmissíveis <input type="radio"/> Conhecer a sorologia para o HIV do parceiro <input type="radio"/> Combinação destas estratégias 	<p>75. Com que frequência você e seu parceiro (a) conversam sobre o melhor método de prevenção para o casal?</p> <p><input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Frequentemente <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Nunca</p>
<p>74. Quais das situações abaixo você escolheria visando reduzir o risco de transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Uso de PEP quando a camisinha estourasse <input type="radio"/> Uso de camisinha em todas as relações sexuais <input type="radio"/> Uso de PrEP <input type="radio"/> Coito interrompido 	<p>76. Você avalia a sua carga viral para realizar relações sexuais SEM preservativo ?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Não faria sexo penetrativo <input type="radio"/> Escolheria a posição insertiva ou receptiva <input type="radio"/> Escolheria um parceiro também soropositivo para o HIV <input type="radio"/> Não sei
PARCERIA SEXUAL	
<p>77. Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?</p> <p><input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Desconhecido</p>	<p>79. Seu parceiro (a) tem conhecimento do seu diagnóstico da infecção pelo HIV?</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
<p>78. Nº de parceiros casuais nos últimos 6 meses:</p>	<p>80. História de DST/IST do PARCEIRO(a) casual?</p> <p><input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> Negativa <input type="radio"/> Não sabe/não viu</p>
Questões 81 e 82 perguntar somente se a Parceria for soronegativa	
<p>81. Seu parceiro (a) casual soronegativo realiza testes anti-HIV</p>	<p>82. O parceiro (a) casual soronegativo utilizou nos últimos 6 meses a</p>

periodicamente com objetivo de saber se foi exposto?

Sim Não Não sei Não se aplica

profilaxia pós-exposição sexual (PEP) com objetivo de prevenir a transmissão do HIV?

Sim Não Não sabe

As questões a seguir diz respeito ao consumo de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses.

DADOS COMPORTAMENTAIS

83. Você teve relação sexual sob o efeito de álcool?

Sempre Algumas vezes Nunca

84. Teve relação sexual sob o efeito de drogas?

Sempre Algumas vezes

Nunca

85. Que tipo?

Maconha Cocaína Crack Outros _____

86. Com que frequência seu **PARCEIRO (a)** teve relação sexual com

você sob efeito do álcool?

Sempre Algumas vezes Nunca

87. Com que frequência seu **PARCEIRO (a)** teve relação sexual com

você sob efeito de drogas ilícitas?

Sempre Algumas vezes

Nunca

88. Que tipo?

Maconha Cocaína Crack Outros _____

As questões a seguir reúnem perguntas sobre o uso do preservativo nos últimos 6 meses

USO DA CAMISINHA

89. Nos últimos 6 meses, você ou seu parceiro (a) usou camisinha

masculina nas suas relações sexuais:

Sempre Nunca Às vezes Não se aplica

90. Nos últimos 6 meses, você ou seu parceiro (a) usou camisinha

feminina nas suas relações sexuais:

Sempre Nunca Às vezes Não se aplica

91. Você utiliza gel lubrificante durante a relação sexual

Sempre Algumas vezes Nunca

92. Se sim, que tipo:

Á base de água Á base de óleo Silicone

93. Com que frequência você deixou de usar o preservativo no último

ano com a intenção de engravidar

Sempre Algumas vezes Nunca Não se aplica

94. Você ou seu parceiro usou camisinha masculina na última relação sexual?

Sim Não

95. Você já teve alguma falha com o uso da camisinha nos últimos 12 meses?

Deslocamento do local Ruptura Não

96. Qual o motivo para não usar a camisinha feminina:

Não gosta

Não acredita na eficácia

Não sabe usar

Parceiro não gosta de usar

Não dispunha no momento

preservativo diminui a sensibilidade ou prazer

Prefere o contato sem a camisinha

Confia no parceiro

Prefere preservativo feminino

Não lembra no momento

Não se aplica

Outro: _____

97..Você sente medo de transmitir o HIV para o parceiro mesmo com o

uso do preservativo?

Sim Não

98. Você já teve Alguma disfunção sexual

Distúrbios de desejo

Distúrbios de orgasmo

Distúrbios de desejo

dispareunia

Outros _____

99. Qual o motivo para não usar a camisinha masculina

Não gosta

Não acredita na eficácia

Não sabe usar

Parceiro não gosta de usar

Não dispunha no momento

Preservativo diminui a sensibilidade ou prazer

Prefere o contato sem a camisinha

Confia no parceiro

Prefere preservativo feminino

Não lembra no momento

Não se aplica

Outro: _____

CONHECIMENTO SOBRE STATUS SOROLÓGICO

100. Você conheceu seu parceiro (a) atual antes da descoberta da

infecção pelo HIV?

Sim Não

101. Seu parceiro (a) já acompanhou você nas consultas no serviço

de saúde para tratamento do HIV?

Sim Não

102. Você contou para o seu parceiro (a) sobre o seu diagnóstico da

infecção pelo HIV?

Sim Não

103. Você considera importante que seu parceiro saiba do seu diagnóstico de soropositivo ao HIV?

Sim Não Não sei

Instrumento sobre Prevenção do HIV entre casais vivendo no contexto do HIV: parceiro CASUAL

GERENCIAMENTO DE RISCO DA TRANSMISSÃO SEXUAL

73. Nos últimos 6 meses que estratégias vocês utilizam para prevenção da transmissão sexual do HIV?

- Camisinha feminina
- Camisinha masculina
- Usar ARV para manter carga viral indetectável
- Tratamento de infecções sexualmente transmissíveis
- Conhecer a sorologia para o HIV do parceiro
- Combinação destas estratégias

76. Você avalia a sua carga viral para realizar relações sexuais SEM

preservativo ?

- Sim
- Não
- Não se aplica

74. Quais das situações abaixo você escolheria visando reduzir o risco de transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis?

- Uso de PEP quando a camisinha estourasse
- Uso de camisinha em todas as relações sexuais
- Uso de PrEP
- Coito interrompido

- Não faria sexo penetrativo
- Escolheria a posição insertiva ou receptiva
- Escolheria um parceiro também soropositivo para o HIV
- Não sei

PARCERIA SEXUAL

77. Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?

- Positivo
- Negativo
- Desconhecido

79. Seu parceiro (a) tem conhecimento do seu diagnóstico da infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

78. Nº de parceiros casuais nos últimos 6 meses:

80. História de DST/IST do PARCEIRO(a) casual?

- Positiva
- Negativa
- Não sabe/não viu

Questões 81 e 82 perguntar somente se a Parceria for soronegativo

81. Seu parceiro (a) casual soronegativo realiza testes anti-HIV periodicamente com objetivo de saber se foi exposto?
 Sim Não Não sei

82. O parceiro (a) casual soronegativo utilizou nos últimos 6 meses a profilaxia pós-exposição sexual (PEP) com objetivo de prevenir a transmissão do HIV?
 Sim Não Não sabe

As questões a seguir dizem respeito ao consumo de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses.

DADOS COMPORTAMENTAIS

83. Você teve relação sexual sob o efeito de álcool?
 Sempre Algumas vezes Nunca

86. Com que frequência seu **PARCEIRO (a)** teve relação sexual com você sob efeito do álcool?
 Sempre Algumas vezes Nunca

84. Teve relação sexual sob o efeito de drogas?
 Sempre Algumas vezes
 Nunca

87. Com que frequência seu **PARCEIRO (a)** teve relação sexual com você sob efeito de drogas ilícitas?
 Sempre Algumas vezes
 Nunca

85. Que tipo?
 Maconha Cocaína Crack Outros _____

88. Que tipo?
 Maconha Cocaína Crack Outros _____

As questões a seguir reúnem perguntas sobre o uso do preservativo nos últimos 6 meses

USO DA CAMISINHA

89. Nos últimos 6 meses, você ou seu parceiro (a) usaram camisinha masculina nas últimas relações sexuais:
 Sempre Nunca Às vezes

91. Você utiliza gel lubrificante durante a relação sexual
 Sempre Algumas vezes Nunca

90. Nos últimos 6 meses, você ou seu parceiro (a) usaram camisinha feminina nas suas relações sexuais:
 Sempre Nunca Às vezes

92. Se sim, que tipo:
 À base de água À base de óleo Silicone

93. Com que frequência você deixou de usar o preservativo no último ano com a intenção de engravidar

94. Você ou seu parceiro usou camisinha masculina na última relação sexual?

- Sim Não

95. Você já teve alguma falha com o uso da camisinha nos últimos 12 meses?

- Deslocamento do local Ruptura Não

96. Qual o motivo para não usar a camisinha feminina:

- Não gosta
 Não acredita na eficácia
 Não sabe usar
 Parceiro não gosta de usar
 Não dispunha no momento
 preservativo diminui a sensibilidade ou prazer
 Prefere o contato sem a camisinha
 Confia no parceiro
 Prefere preservativo feminino
 Não lembra no momento
 Não se aplica
 Outro: _____

- Sempre Algumas vezes Nunca

97. Você sente medo de transmitir o HIV para o parceiro mesmo com o uso do preservativo?

- Sim Não

98. Qual o motivo para não usar a camisinha masculina:

- Não gosta
 Não acredita na eficácia
 Não sabe usar
 Parceiro não gosta de usar
 Não dispunha no momento
 Preservativo diminui a sensibilidade ou prazer
 Prefere o contato sem a camisinha
 Confia no parceiro
 Prefere preservativo feminino
 Não lembra no momento
 Não se aplica
 Outro: _____

CONHECIMENTO SOBRE STATUS SOROLÓGICO

99. Você conheceu seu parceiro (a) atual antes da descoberta da infecção pelo HIV?

- Sim Não

100. Seu parceiro (a) já acompanhou você nas consultas no serviço

de saúde para tratamento do HIV?

- Sim Não

101. Você contou para o seu parceiro (a) sobre o seu diagnóstico da infecção pelo HIV?

- Sim Não

102. Você considera importante que seu parceiro saiba do seu diagnóstico de soropositivo ao HIV?

- Sim Não Não sei

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Eu, Layze Braz de Oliveira, sou enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título **“Estratégias de gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre pessoas vivendo com HIV/aids”**. Convido o(a) sr(a) a participar do estudo que tem como objetivo analisar os fatores pessoais, sociais, comportamentais, clínicos e psicossociais associados ao gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV. Para participar você terá que responder algumas perguntas por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio ambulatório, antes ou após a consulta médica, pela própria pesquisadora e por alunos de graduação e pós-graduação devidamente treinados para a coleta de dados. As entrevistas serão realizadas em apenas um encontro de 30 a 40 minutos e, para não esquecer suas respostas, utilizarei um questionário. Além disso, precisarei consultar seu prontuário para obter dados dos exames laboratoriais (resultados de CD4 e carga viral) e pedimos a sua permissão. Informo que esta pesquisa garante o anonimato, ou seja, não aparecerá em momento algum seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo. Os riscos relacionados à pesquisa serão decorrentes de desconforto ou constrangimento de compartilhar informações pessoais ou confidenciais durante a entrevista, e para minimizá-los as entrevistas serão individualizadas, e se desejar poderá se recusar a responder quaisquer perguntas que achar inconveniente ou inapropriada. Outro desconforto poderá ser relacionado ao número de questões presentes nos instrumentos, que poderá ser respondido em um período maior e com intervalos. Não haverá despesas durante a participação na pesquisa. O senhor tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Não há benefício direto para você ao participar deste estudo, porém sua participação será de contribuir com o conhecimento sobre o gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV. Os resultados poderão contribuir na melhoria das ações na assistência à saúde. Para isso, realizarei perguntas sobre seus dados pessoais, comportamentais (uso do preservativo, dificuldades para uso do preservativo,), status sorológico do parceiro e outros), conhecimento sobre o risco de transmissão sexual do HIV e o aconselhamento recebido pela equipe de saúde. Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas) e junto à Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. Garantimos que o senhor(a) receberá uma via deste termo assinada, onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição de saúde. Desde já agradeço.

Este Comitê de Ética tem a finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos, protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos que envolve seres humanos, desde a elaboração do

projeto até o relatório final. Ressaltamos que o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovado pelo CEP-EERP.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO- USP Comitê de Ética e Pesquisa – Avenida Bandeirantes, 3900 Tel : (16) 3602.3386 E-mail cep@eerp.usp.br
Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 8 às 17 horas

Layze Braz de Oliveira- Pesquisadora
Email: layzebraz@usp.br. Telefone: 9981808901
Campus Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP - Brasil
CEP: 14040-902. Avenida Bandeirantes, 3900

Eu, _____ declaro que estou devidamente informado(a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____/____/_____.

Assinatura do participante

ANEXO A- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de gerenciamento de risco da transmissão sexual do HIV e outros IST entre pessoas vivendo com o HIV/aids

Pesquisador: Layze Braz de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59293316.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.873.863

Apresentação do Projeto:

Tópico já apreciado e sem alterações.

Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado e sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado e sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tópico já apreciado e sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

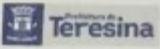
Tópico já apreciado.

Recomendações:

No projeto, página 13, garantir a assinatura do TCLE no momento do aceite em participar da pesquisa e não após a entrevista, conforme é possível entender a partir da leitura do texto apresentado: "O paciente será convidado a participar da pesquisa antes do atendimento médico no SAE, o pesquisador abordará o paciente explicando o objetivo da pesquisa e garantindo o sigilo. Após o consentimento da participação na pesquisa, ocorre o preenchimento do questionário

Endereço: BANDEIRANTES 3900		CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE		
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO	
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: osp@eerp.usp.br	

ANEXO B- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina

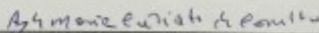
 

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE RISCO DA TRANSMISSÃO SEXUAL DO HIV E OUTRAS IST ENTRE PESSOAS VIVENDO COM O HIV /aids" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os (as) pesquisadores (as), **RENATA KARINA REIS E LAYZE BRAZ DE OLIVEIRA**, realizarem a(s) etapa(s): Acesso para entrevistar pessoas vivendo com HIV/aids no SAE, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Teresina, 08 de MAIO de 2016.


Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Gerente de Atenção Básica
GEAB/FMS

 Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 2015
Baixo Aeroporto, Teresina - PI | CEP- 64002-530

 86 3215 7700 | 86 3215 7701