

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

JAMILLE GUEDES MALTA ARGOLO

**Vulnerabilidade ao HIV entre parcerias afetivo-sexuais estáveis sorodiferentes:
desafios para o cuidado em saúde**

Ribeirão Preto

2018

JAMILLE GUEDES MALTA ARGOLO

**Vulnerabilidade ao HIV entre parcerias afetivo-sexuais estáveis sorodiferentes:
desafios para o cuidado em saúde**

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: O cuidar de adultos e idosos

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.

Argolo, Jamille Guedes Malta
Vulnerabilidade ao HIV entre parcerias afetivo-sexuais estáveis sorodiferentes: desafios para o cuidado em saúde. Ribeirão Preto, 2018
108 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. Casais sorodiferentes. 2. Infecção pelo HIV. 3. Vulnerabilidade.

ARGOLO, Jamille Guedes Malta

Vulnerabilidade ao HIV entre parcerias afetivo-sexuais estáveis sorodiferentes:
desafios para o cuidado em saúde

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: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai, **José Luiz Malta Argolo** (in memoriam), meu exemplo e inspiração, que, dentre tantas coisas, plantou em mim o prazer pela leitura.*

*À minha mãe, **Naime Guedes Malta Argolo**, lição de garra e dedicação à família, pelo apoio, carinho, cuidado e amor incondicionais.*

Serei eternamente grata pela família que cresci, por todo amor que vi e vivi diariamente.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos **Matheus, Denise e Renee**, pela amizade, companheirismo, incentivo e bom-humor. A nossa união é alimento para seguir nessa jornada.

À **Profª Drª Renata Karina Reis**, pela competência, acolhimento, por aceitar me orientar, contribuir com meu crescimento, entender minhas limitações e sobretudo pela paciência. Registro minha gratidão, admiração e respeito.

Aos membros da minha banca de qualificação, **Profª Drª Elucir Gir e Dr. Nilo Fernandes**, pelas valiosas contribuições, atenção e disponibilidade.

Aos funcionários dos SAEs, especialmente Silvana, Wilson, Patrícia e Valquíria, pelo acolhimento no serviço e por atenderem as minhas demandas, o auxílio de vocês foi essencial para a viabilização desta pesquisa.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa, pelas trocas de conhecimentos, experiências e parcerias.

Ao programa de pós-graduação em enfermagem fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, docentes, enfermeiras, secretárias e demais funcionários, pelo apoio e excelência no serviço.

A minha família, meus queridos avós, **Floriano e Antônia** (in memoriam), sinônimos de liderança e bondade, respectivamente; minhas tias **Norma, Laura, Niedja e Nielma**; meus sobrinhos **Leonardo e Beatriz**; meus afilhados **Artur e Maria Clara**; primos e cunhados pelo carinho, amor e por se fazerem presente apesar da distância.

As amigas de profissão e da vida, **Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto e Layze Braz de Oliveira**, que além da amizade, parceria e palavras de incentivo, contribuíram com a leitura cuidadosa e revisão do texto.

As amizades adquiridas em Ribeirão Preto, especialmente a **Laryssa Biazim, Eidi Tsukahara e Deverton de Maman**, pelas conversas, risadas que tornaram essa caminhada menos árdua.

Às pessoas que vivem com HIV/aids, em especial as que aceitaram participar desta pesquisa. Sou grata pela confiança depositada em compartilhar comigo a intimidade de suas vidas. Suas histórias tornaram-se parte da minha história, suas angústias me fizeram enxergar a Enfermagem além dos livros.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

ARGOLO, J. G. M. **Vulnerabilidade ao HIV entre parcerias afetivo-sexuais estáveis sorodiferentes: Desafios para o cuidado em saúde**. 2018. 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Apesar da infecção pelo HIV/aids permanecer até a atualidade como uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso possibilitaram atenuar o processo de adoecimento, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade e expectativa de vida das pessoas infectadas pelo vírus. Essas mudanças tornaram possível a reconstrução e/ou a manutenção de projetos de vida incluindo o estabelecimento e a manutenção dos relacionamentos afetivo-sexuais com pessoas com sorologias distintas, quando um é infectado pelo HIV/aids e o outro não, chamados de sorodiferentes. Assim, esse estudo teve como objetivo analisar a vulnerabilidade à transmissão sexual do HIV de parcerias afetivo-sexuais estáveis, heterossexuais e homossexuais, sorodiferentes. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no município de Ribeirão Preto-SP em dois serviços especializados no atendimento em HIV/aids (SAE). Adotou-se como referencial teórico conceitual a Vulnerabilidade (AYRES, 2003), operacional os marcadores de vulnerabilidade proposto por Takahashi (2006). Os dados foram coletados, no período de setembro de 2017 a março de 2018, por meio de entrevista individual com os participantes, utilizando um questionário semiestruturado para as variáveis sociodemográficas e clínicas e um roteiro temático com questões norteadoras sobre aspectos relacionadas ao comportamento afetivo-sexual e preventivo. As entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação segundo a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa e todos os preceitos éticos foram resguardados. Participaram da pesquisa 21 pessoas vivendo com HIV/aids que mantinham relação afetivo-sexual com parceria sorodiferente. Os resultados da análise dos discursos, a partir do material transcrito das gravações, indicam questões importantes relacionadas as três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática. Referente aos marcadores de vulnerabilidade na dimensão individual podemos destacar os conhecimentos incorretos ou insuficientes sobre novos métodos preventivos, entre os quais PEP, PrEP e uso do tratamento como prevenção, desconhecimento sobre a lógica da prevenção combinada, uso inconsistente do preservativo masculino, ter parceiros casuais além do fixo/principal, uso de álcool e outras drogas antes da relação sexual. Na dimensão social verificou-se desigualdades de gênero que coloca a mulher em desvantagem na negociação de estratégias de prevenção, estigma e preconceito relacionados ao viver com HIV, dificultando a revelação da soropositividade à parceria sexual e a construção social da masculinidade em detrimento ao cuidado com a saúde do homem. Referente aos marcadores na dimensão programática observou-se ausência de protocolo para acompanhamento da parceria soronegativa, pouca visibilidade das parcerias sorodiferentes, déficit nas ações de orientação sobre novas tecnologias de prevenção da transmissão sexual do HIV, centralização do uso do preservativo, baixa testagem para o HIV pela parceria sorodiferente, suporte insuficiente de planejamento familiar, baixa oferta de atividades de educação em saúde. Estes resultados reforçam a necessidade da

inclusão do parceiro HIV-negativo na dinâmica dos serviços de saúde, a importância de mudança no cuidado em saúde das pessoas que vivem e convivem com o vírus para a lógica de redução de riscos personalizada, que flexibilize as alternativas de prevenção e respeite as individualidades e dificuldades, compreendendo não só os aspectos clínicos/biológicos mas as percepções subjetivas de cada indivíduo.

Palavras-chave: Sorodiscordância; Infecção pelo HIV; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

ARGOLO, J. G. M. **Vulnerability to HIV among serodifferent couples: Challenges to healthcare.** 2018. 108f. Dissertation (Master degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2018.

Although HIV/aids infection remains an incurable disease, scientific advances regarding medical treatment have mitigated the process of illness, decreased morbidity and mortality, and improved quality and expectancy of life for people infected with the virus. These changes yielded reconstructing and/or maintaining life projects possible, including establishment and maintenance of affective-sexual relations among people with distinct serological profiles, one infected individual and one healthy individual, which are called serodifferent. Therefore, the aim of the study was to analyze vulnerability to HIV transmission among stable, heterosexual and homosexual affective-sexual serodifferent partners. For this purpose, we used a transversal study with qualitative approach, performed at two practices of Ribeirão Preto-SP specialized in HIV/aids (SAE). The theoretical reference comprised Vulnerability (AYRES, 2003) and markers of vulnerability according to Takahashi (2006). Data was collected from September 2017 to March 2018 through individual interviewing of participants, using a semistructured questionnaire for sociodemographic and clinical variables, and a themed script with guiding questions regarding affective-sexual and preventive behavior. Interviews were fully transcribed and organized following a series of steps: preanalysis, data exploration and treatment of results, inference and interpretation, according to Content Analysis (BARDIN, 2009). The study was approved by the Ethics Committee and every ethical precept was protected. Twenty-one people living with HIV/aids and having affective-sexual relations with serodifferent partners were enrolled in the study. The results of speech analysis obtained from transcribed data of recordings indicate important matters related to three dimensions of vulnerability: individual, social and programmatic. Markers of vulnerability from the individual dimension comprised incorrect or insufficient knowledge regarding novel preventive methods, among which PEP, PrEP, use of treatment as prevention, unfamiliarity with combined prevention, inconsistent use of male preservatives, maintaining casual partners besides the main/steady partner, alcohol and drug use before sexual relations were observed. Social dimension analyses showed inequalities of gender which render women in disadvantage when negotiating prevention strategies, stigmas and prejudgment related to life with HIV, which make seropositivity revelation difficult among partners, and the social construction of masculinity over healthcare among men. Programmatic markers showed absence of a protocol for seronegative follow-up, little visibility of serodifferent partnerships, shortage of actions and orientation regarding new technologies for preventing sexual HIV transmission, centralization of preservative use, low testing for HIV among serodifferent partners, insufficient support and planning from families, and lack of activities for education on healthcare. These results reinforce the need for including HIV-negative partners in the dynamics of healthcare and the importance of changing health services for people living with the virus with regard to individualized lowering of risks, in order to improve alternatives for prevention and respect individuality and difficulties, understanding not only clinical/biological aspects of each individual, but also their subjective perceptions.

Keywords: Serodiscordance; HIV infection; Vulnerability.

RESUMEN

ARGOLO, J. G. M. **Vulnerabilidad al VIH entre casais sorodiscordantes: Desafíos para el cuidado de la salud.** 2018. 108f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2018.

Aunque la infección por el VIH/sida quedase hasta la actualidad como una enfermedad incurable, los avances científicos acerca del tratamiento medicamentoso permitieron atenuar el proceso de enfermedad, reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad y expectativa de vida de las personas que viven con el VIH. Estos cambios han hecho posible la reconstrucción de nuevos proyectos de vida, incluso la formación de nuevas parejas afectivo-sexuales con personas con serología distintas para el VIH, llamados de serodiferentes. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad a la transmisión sexual del VIH entre parejas estable, heterossexuales y homossexuales, serodiferentes. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con enfoque cualitativo, hecho en la ciudad Ribeirão Preto-SP en dos servicios especializados en el atendimento a las personas con VIH/sida. Fue elegido como referencial teórico conceptual la Vulnerabilidade (AYRES, 2003), y operacional los marcadores de vulnerabilidade propuesto por Takahashi (2006). Los datos fueron colectados, en el período de septiembre de 2017 a marzo de 2018, por medio de entrevistas individuales con los participantes, usando un cuestionario semiestructurado para las variables sociodemográficas y clínicas y un roteiro temático con cuestiones norteadoras a cerca de los aspectos relacionados al comportamiento afectivo-sexual y protector. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y ordenadas según los pasos: pré-análisis; exploración del contenido y tratamiento de los datos, según la análisis de contenido (BARDIN, 2009). El proyecto fue aceptado por el comité de ética en pesquisa y todos los preceptos éticos fueron asegurados. Hicieron parte de la pesquisa 21 personas viviendo con VIH/sida que he mantenido relación afectivo-sexual con pareja serodiferente. Los resultados de la analisis de las falas, por medio del contenido transcripto de las gravaciones, muestran cuestiones importantes relacionadas con las tres dimensiones de la vulnerabilidad: individual, social y programática. A cerca de los marcadores de vulnerabilidad de la dimensión individual podemos destacar el conocimiento incorrecto o insuficientes a cerca de los nuevos métodos preventivos (PEP, PrEP y uso del tratamiento como prevención, desconocimiento a cerca de la lógica de la prevención combinada, uso inconsistente del *condom* masculino, tener parejas casuales, ingerir bebida alcohólica y otras drogas antes de la relación sexual. En la dimensión social fue visto desigualdades de género que pone la mujer en desventaja em la negociación de las estrategias de prevención, estigma y prejuicio a cerca del vivir con el VIH, perjudicando la revelación de la seropositividad a la pareja sexual y la construcción social de la masculinidad en detrimentos del cuidado con la salud del hombre. A cerca de los marcadores em la dimension programática fue visto ausencia de protocolo de seguimiento de la pareja soronegativa, poca visibilidad de las parejas serodiferentes, déficit en las acciones de orientación a cerca de las nuevas tecnologías de prevención de la transmisión sexual del VIH, enfoque en el uso del condom, baja prueba para el VIH por la pareja serodiferente, el apoyo insuficiente de planificación familiar, baja oferta de actividades de educación en salud. Estos resultados refuerzan la necesidad de la inclusión de la pareja VIH-negativa en la dinamica de los servicios de salud, la importancia de cambio en el cuidado con la salud de las personas que viven y conviven con el virus para la

lógica de reducción del riesgo personalizada, que flexibilice las alternativas de prevención y respete las individualidades y dificultades, que comprenden no solo los aspectos clínicos/biológicos más las percepciones subjetivas de cada persona.

Palavras-chave: Serodiferencia; Infección por el VIH; Vulnerabilidad.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das características sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiferentes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

Quadro 2 – Distribuição das características clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiferentes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

Quadro 3 – Estratégias de Prevenção Combinada do HIV utilizada por pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiscordantes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

Quadro 4 – Marcadores de Vulnerabilidade, Ribeirão Preto-SP, 2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
CVI	Carga Viral Indetectável
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que Fazem sexo com outros homens
HAART	Highly active antiretroviral therapy
IST	Infecção sexualmente transmissível
OMS	Organização Mundial de saúde
PVHA	Pessoas vivendo com o HIV/AIDS
PEP	Profilaxia pós-exposição
PrEP	Profilaxia pré-exposição
RNA	Ácido ribonucleico
SAE	Serviço de assistência especializado
SUS	Sistema único de saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCFP	Terapia como Forma de Prevenção
T-CD4	Linfócitos T auxiliares
TMI	Transmissão Materno-Infantil
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Tendência da epidemia de HIV/aids.....	16
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO: Vulnerabilidade e o HIV.....	19
1.3 Cronificação da epidemia e a formação dos casais sorodiferentes.....	23
1.4 Novas Estratégias de Prevenção ao HIV.....	26
2 OBJETIVOS	30
2.1 Gerais.....	31
2.2 Específicos.....	31
3 MÉTODO	32
3.1 Tipo de estudo.....	33
3.2 Local de estudo.....	33
3.3 População e Amostra.....	34
3.4 Coleta de dados.....	35
3.5 Análise dos dados.....	36
3.6 Aspectos Éticos.....	37
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	97
ANEXOS	105

1 Introdução

1.1 Tendência da epidemia de HIV/aids

Desde a sua descoberta até os tempos atuais a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) configura-se como um importante problema de saúde pública. De acordo com o Programa de HIV/Aids das Nações Unidas (UNAIDS), ao final de 2016 existiam cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2017).

Os primeiros casos da infecção pelo HIV foram descritos em 1981 entre homossexuais do sexo masculino, em Los Angeles, nos Estados Unidos. As pessoas ficavam doentes, davam entrada no hospital com quadro de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (hoje, *Pneumocystis jiroveci*) e sarcoma de Kaposi, e iam à óbito muito rapidamente (PARKER et al., 1994).

Assim, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) reconheceu a existência de uma nova doença imunossupressora, que provocava acentuada diminuição na contagem de linfócitos T-auxiliares e deficiência de imunidade celular e humoral (CDC, 2001).

No Brasil, o primeiro caso de aids foi descrito em 1982, em São Paulo, quando é então definida a nova síndrome. Em 1986, o Ministério da Saúde constitui o Programa Nacional de Controle da AIDS, sob a supervisão da Comissão Nacional de Controle da AIDS, grupo composto por cientistas e membros de organizações da sociedade civil (TEIXEIRA, 1997).

À medida que a epidemia disseminou-se pelo mundo, não seguiu a mesma trajetória nas populações atingidas, apresentando-se de maneira peculiar em cada área geográfica e atingindo diferentemente os seguimentos populacionais (BRASIL, 2017; UNAIDS, 2017).

Em toda América Latina, o Brasil é o país que concentra o maior número de novos casos de HIV. Desde o início da epidemia até junho de 2016, havia 842.710 PVHA no país, das quais 548.850 (65,1%) eram homens e 293.685 (34,9%) mulheres (BRASIL, 2017).

A epidemia da infecção pelo HIV/aids está desproporcionalmente concentrada em alguns grupos populacionais, no Brasil, enquanto na população geral há uma prevalência do vírus de aproximadamente 0,4%, nas populações mais vulneráveis como homens que fazem sexo com homens (HSH) estas taxas chegam a 10,5% (UNAIDS, 2016)

Além disso, embora a distribuição de casos tenha se expandido para todo território nacional, a distribuição proporcional dos casos por região geográfica, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 54,4% e 20%, do total de casos identificados de 1980 até junho de 2016; as regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total de casos, respectivamente (BRASIL, 2016; GRINBERG et al., 2015).

Na região sudeste, 60,4% dos casos foram notificados no estado de São Paulo, onde se concentra maior parte da epidemia nacional. O município de Ribeirão Preto ocupa a sexta posição em número de casos novos no estado, com 3.665 casos notificados entre 2000 a 2016 (RIBEIRÃO PRETO, 2015).

Considerando-se as três vias de transmissão (sexual, vertical e sanguínea), somente as duas últimas tiveram redução no número de casos no Brasil nesses mais de 30 anos de epidemia. De acordo com o UNAIDS (2017), embora apresente tendência à estabilização na taxa de incidência, a transmissão sexual é responsável por 90% das infecções em adultos.

A transmissão sexual em populações-chave, ou seja, profissionais do sexo, pessoas transgêneros, pessoas privadas de liberdade, HSH, e seus parceiros sexuais, representam cerca de 80% de novos casos da infecção pelo HIV (UNAIDS, 2017).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico de infecção pelo HIV/aids, verificou-se uma tendência de aumento proporcional de casos de aids em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos, passando de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015. Aumento semelhante foi observado entre pessoas que usam drogas e trabalhadores do sexo (BRASIL, 2016).

Em contrapartida, desde 1996 o Brasil tem oferecido tratamento gratuito para as PVHA através do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos países pioneiros, dentre os de baixa e média renda. Tais esforços não foram suficientes para conter o avanço da epidemia no país, que continua a se expandir, seguindo na contramão à tendência global de redução no número de novas infecções (BRASIL, 2013).

A maior suscetibilidade ao HIV das novas gerações pode ser justificada pela existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas que desconhecem seu *status* sorológico e/ou apresentam carga viral detectável ou desconhecida, elevando as chances de transmissão em relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2016)

Grangeiro (2016) explica que essa nova reemergência da epidemia no país é fruto de uma mudança geracional no comportamento sexual da população, marcada, entre outros aspectos, por novos arranjos para encontros e relacionamentos e uma menor adesão às práticas preventivas do HIV. As novas gerações estão iniciando a vida sexual mais precocemente, têm maior número de parceiros sexuais, e utilizando com menor frequência o preservativo em relações não estáveis.

Diante deste cenário, em 2014, para acelerar o progresso no combate à aids, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids lançou as metas “90-90-90” que propõe até 2030, que 90% das PVHA tenham conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV estejam em terapia antirretroviral (TARV); e 90% de todas as pessoas em tratamento para o HIV atinjam a carga viral indetectável (ONU, 2015).

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO: Vulnerabilidade e sua inter-relação com o HIV

O cenário inicial da epidemia de aids no mundo contribuiu para a associação e apropriação do conceito epidemiológico clássico de grupo de risco. O termo “risco” origina-se da palavra italiana “*riscare*”, cujo significado original era “navegar entre rochedos perigosos”, e que foi incorporado ao vocabulário francês por volta do ano de 1660 (FREITAS; SÁ, 2003).

A noção de risco, com a consequente descrição de determinados grupos que potencialmente seriam mais afetados por infecção ou doença, é importante categoria da epidemiologia (Parker et al., 1994).

Todavia, a forma como a ideia de “grupos de risco” foi utilizada nos discursos da sociedade e nos estudos da aids, no início da epidemia, acarretou a construção dos sentidos estigmatizantes e discriminatórios de “câncer gay”, “peste gay”, “peste rosa”, “doença dos cinco H” (homossexual, hemofílico, heroinômano, haitiano e *hookers* - sigla em inglês para denominar as profissionais do sexo), “castigo de Deus”, que ajudaram a produzir a visão equivocada de responsabilidade da infecção e transmissão do vírus a alguns grupos específicos e socialmente discriminados (DOUGLAS, 1996).

A concepção da transmissibilidade e exposição ao HIV associada apenas a grupos de risco suscitou às populações que não se achavam pertencentes a esses grupos, a crença de que estariam imunes à infecção pelo HIV, surgindo os discursos de “barreira imaginária” ou “imunidade subjetiva” (DOUGLAS, 1996; LOYOLA, 1994).

Segundo Bastos (1996), limitar a questão a segmentos circunscritíveis de antemão confere a quem não se percebe como pertencente a estes segmentos uma sensação de invulnerabilidade e descaso com relação às medidas preventivas. Homens e mulheres heterossexuais que mantinham relacionamentos com parceiros fixos passaram a acreditar que podiam abrir mão do uso do preservativo.

Nesse contexto, houve o crescimento progressivo da infecção pelo HIV entre casais heterossexuais, sobretudo em mulheres com parcerias estáveis, atingindo no início do ano 2000 proporção de duas mulheres para cada homem contaminado pelo HIV, fenômeno denominado de feminização da epidemia (Brasil, 2011).

Em resposta a essa construção social preconceituosa, o médico americano Jonathan Mann, introduziu em 1994 o conceito de vulnerabilidade às pesquisas sobre a epidemia de aids, com o objetivo de ampliar o entendimento da transmissibilidade do HIV, inserindo os fatores socioculturais e econômicos aos estudos. Mann foi o primeiro pesquisador a associar questões de saúde e aids aos direitos humanos (Mann, 1994).

Delor e Hubert, pesquisadores franceses, e Ayres, no Brasil, aprofundam os estudos sobre vulnerabilidade, incorporando fatores sociais, políticos, institucionais e comportamentais. Ayres e colaboradores (1999), afirmam que a elaboração do conceito de vulnerabilidade possibilita ao campo da análise epidemiológica maior precisão e amplitude.

Para Ayres (1996) embora o potencial risco de exposição, em nível biológico, exista para a maioria das pessoas, pois qualquer indivíduo exposto ao vírus seja pela via sanguínea ou sexual possa se tornar infectado, o componente biológico não é o único determinante da vulnerabilidade. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, institucionais, emocionais e familiares que influenciam no comportamento individual e social são de fundamental importância como intervenientes na vulnerabilidade.

Dessa forma, Ayres (2002) desenvolve o conceito de vulnerabilidade ao HIV em três dimensões complexas e interdependentes, que servirão como referencial teórico conceitual desse estudo, são elas: **individual, social e programática.**

A vulnerabilidade individual compreende dois níveis: cognitivo e comportamental. O primeiro refere-se ao grau e à qualidade da aquisição de informação de que os indivíduos dispõem sobre o HIV e aids e da capacidade de incorporá-los e gerenciá-los nos seus repertórios cotidianos nos relacionamentos em sociedade. O segundo está ligado à relação desses conhecimentos adquiridos à capacidade de perceber contextos intersubjetivos e sociais geradores de vulnerabilidades, que influenciam atitudes e comportamentos práticos em relação à epidemia (AYRES et al., 2003).

Os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária das pessoas, mas especialmente por sua capacidade de incorporar o conhecimento e transformar os comportamentos que as tornam suscetíveis aos agravos (BERTOLOZZI et al., 2009).

A vulnerabilidade na esfera social incorpora aspectos sociopolíticos e culturais combinados, entre esses: O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação e as possibilidades efetivas de colocá-las em prática; grau de

escolaridade; disponibilidade de recursos materiais; direitos humanos; estrutura jurídico-política; relações de gênero; relações raciais; relações entre as gerações; as atitudes diante da sexualidade; as crenças religiosas; a pobreza, etc. São aspectos que não dependem somente do indivíduo, mas permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição deles à infecção e portanto, devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade (AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade na dimensão programática ou institucional relaciona-se ao nível de investimento/desenvolvimento das políticas e programas de informação e educação preventiva para o enfrentamento da epidemia do HIV e aids; à existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso; ao financiamento eficaz e contínuo das ações; universalização, integralidade e humanização do atendimento; vínculo entre usuários dos serviços e profissionais; participação da sociedade civil na elaboração e planejamento das políticas e ações, etc (BERTOLOZZI et al., 2009).

Para a enfermagem, a importância do conhecimento sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, morte e adoecimento reside nas implicações que produz na saúde daqueles que são mais vulneráveis à exposição ao vírus, identificando suas necessidades de saúde para que lhes seja assegurado a proteção, prevenção de doenças e promoção da saúde (GARCIA; SOUSA, 2010; NICHITA et al., 2008).

Assim, utilizar o referencial teórico da vulnerabilidade ao HIV é imprescindível para o planejamento, implementação de políticas e programas e intervenções de enfermagem. Desse modo, Takahashi (2006), a partir de estudos que abordavam a temática, desenvolveu uma proposta de “marcadores de vulnerabilidade” na tentativa de implementar estratégias operacionais que permitissem superar as limitações impostas pela amplitude conceitual.

Os marcadores de vulnerabilidade à transmissão do HIV foram subdivididos nas três dimensões, assim construídas: - dimensão individual: características pessoais e relacionais, conhecimentos e significados e impacto do diagnóstico, recursos disponíveis (pessoas e experiências que interferem no enfrentamento) e modo de enfrentamento; - dimensão social: referente às condições materiais de existência, ideologia e cultura; e - dimensão programática: estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações.

Estudos conduzidos no Brasil evidenciaram diversos aspectos intersubjetivos, sociais e programáticos geradores de vulnerabilidade que implicam na necessidade de intervenções específicas para os casais que vivem no contexto do HIV (REIS, 2018; GIR, 2010; ALBUQUERQUE 2014; FERNANDES et al., 2017).

Utilizar o conceito de vulnerabilidade associado ao contexto de casais que vivem e convivem com o HIV é uma importante ferramenta de investigação, e pode se constituir em avanço para intervenções que consideram não somente os aspectos individuais, mas também os aspectos sociais e as políticas e serviços de saúde. Possibilita, ainda, inovações na atenção à saúde, ao apresentar marcadores que contemplam o processo saúde-doença em sua dimensão integral, atendendo as necessidades que vão além daquelas de ordem física, clínica e biológica (REIS, 2018).

1.3 Cronificação da epidemia e a formação dos casais sorodiferentes

A aids quando foi identificada no início dos anos 1980, encontrou a ciência e a medicina despreparada, desprovida de qualquer recurso terapêutico que pudesse controlar ou até mesmo combater a epidemia. Os cientistas se concentraram

incansavelmente na busca por métodos que ajudassem a inibir a multiplicação do HIV e sua ação destruidora das células de defesa do organismo.

Em 1987, a Zidovudina (AZT) começou a ser utilizada como primeiro antirretroviral no tratamento para aids, reduzindo a multiplicação do vírus. Mais tarde, em 1992, um estudo mostrou a eficácia da combinação de várias medicações para combater a replicação viral (DELANEY, 2006).

A partir de 1996, surge no mundo a terapia antirretroviral altamente potente (HAART – *highly active antiretroviral therapy*), que é um regime de tratamento para suprimir a replicação viral e a progressão da infecção pelo HIV, combinando três ou mais antirretrovirais que atuam nas diferentes etapas da replicação viral.

Atualmente, apesar da infecção pelo HIV/aids permanecer como uma doença incurável, esses avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso e recursos diagnósticos possibilitaram controlar o avanço da doença, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade e expectativa de vida das pessoas infectadas pelo vírus.

Esses esquemas terapêuticos tem atenuado o processo de adoecimento, modificando a identidade da aids que passou a ser considerada como condição crônica, além de produzir transformações na construção social da doença (BRASIL, 2004).

Como resultado da cronificação da epidemia, a realidade dos que vivem e convivem com ela tem sido alterada, impondo diversos desafios para o cuidado integral em saúde das pessoas vivendo com o HIV/aids e novas perspectivas de vida com a manutenção e a elaboração de projetos de vida afetivos e profissionais (REIS & GIR, 2010).

Nesse sentido, é cada vez mais frequente o estabelecimento de novas relações amorosas, constituídas inclusive, por pessoas com sorologias diferentes para o HIV (REIS & GIR, 2010).

As expressões sorodiferença ou sorodiscordância têm sido utilizadas na literatura nacional e internacional para designar casais heterossexuais ou homossexuais, em que apenas um dos parceiros vive com o HIV/aids (REIS & GIR, 2009). Esses casais desempenham importante papel na manutenção da epidemia global (MUESSIG; COHEN, 2014).

A partir do final da década de 1990, nos EUA, e do ano 2000, no Brasil, os temas relacionados aos casais sorodiferentes começaram a chamar a atenção dos pesquisadores e profissionais de saúde (REIS & GIR, 2009; MAKSUD, 2007; SULLIVAN et al., 2014; LAMPE et al., 2016).

Em áreas de alta prevalência do HIV como na África subsaariana, estima-se que metade das pessoas HIV-positivas possuem parceiros soronegativos. Em situações de baixa prevalência da infecção, esta proporção pode chegar a 75% (CHEMAITELLY et al., 2012).

A prevalência e o comportamento sexual entre parceiros sorodiferentes ao HIV têm sido descritos em diferentes partes do mundo. Contudo, de acordo com a OMS (2012), grande parte dos estudos envolvendo esses casais está concentrada na África subsaariana, existindo lacunas do conhecimento em outras regiões do mundo (BARATEDI, 2014; AFE et al., 2015; DAVEY et al., 2017; LAMPE et al., 2016; SUZANMONTI et al., 2016).

Apesar do crescimento no número de casais que vivem com *status* sorológico diferente ao HIV, estratégias voltadas especificamente para essas pessoas ainda

são inadequadas ou até mesmo inexistentes em muitas regiões (MATOVU, 2010; REIS, 2018; OLIVEIRA et al., 2018)

Estudo brasileiros têm demonstrado que mesmo os serviços especializados no atendimento à pessoa que vive com HIV/aids não dispõem de atendimento específico para esses indivíduos e suas parcerias, contribuindo para a vulnerabilidade do parceiro negativo ao vírus (SILVA & CAMARGO JR, 2011; FERNANDES et al., 2017; REIS & GIR, 2010).

Ademais, os estudos desenvolvidos envolvendo essa temática incorporam uma lógica médica, biologicista e de saúde pública, tratando somente da prevenção dos parceiros negativos e das questões que envolvem o uso do preservativo, esquecendo os aspectos comportamentais, sentidos do desejo e prazer que envolvem esses casais (REIS & GIR, 2009).

Os casais que vivem no contexto da infecção pelo HIV enfrentam diversos entraves para a manutenção do relacionamento e da vida afetivo-sexual. Neste sentido, a implementação do aconselhamento voltado a esses casais, é uma importante estratégia para dar suporte à esses indivíduos, minimizando assim os impactos gerados pelo diagnóstico do HIV (SANTOS, 2003; FILGUEIRAS, 1999)

1.4 Novas estratégias de prevenção para o HIV entre parcerias sorodiferentes

Um conjunto de novos métodos eficazes para a prevenção da transmissão sexual do HIV tem gerado um entusiasmo global por oferecerem um alto grau de proteção e pela possibilidade de serem utilizados em diversas situações de exposição, por pessoas e grupos sociais com perfis e necessidades distintos, tornando possível controlar a epidemia em seus diversos contextos (GRANGEIRO et al., 2015).

As atuais tecnologias relacionadas a prevenção incluem intervenções biomédicas e comportamentais, e podem ser dividida em dois grupos: leves ou duras. As tecnologias leves ou de processos dizem respeito as atividades de gestão, elaboração de ações de prevenção e desenvolvimento de protocolos de testagem e aconselhamento. Já as tecnologias duras são constituídas de produtos, entre elas: tratamento como forma de prevenção (TasP); profilaxia pós-exposição (PEP); profilaxia pré-exposição (PREP); preservativos masculinos e femininos, reprodução assistida; circuncisão masculina e microbicidas (Global HIV Prevention Working Group, 2006).

Quando combinadas, segundo recomendações e diretrizes clínicas internacionais, esse conjunto de medidas de prevenção, podem oferecer mais proteção do que qualquer estratégia isolada (KUCHENBECKER, 2015).

Intervenções biomédicas são aquelas que requerem uso de medicamentos antirretrovirais, em casos de profilaxia pré e pós-exposição ao HIV, ou como estratégias de tratamento da infecção pelo HIV, incluindo a terapia ARV precoce, uma vez que confere a redução da replicação viral com conseqüente diminuição do vírus circulantes na corrente sanguínea e secreções genitais (KUCHENBECKER, 2015; COHEN et al., 2011).

Já as intervenções comportamentais compreendem conhecimento, atitudes e práticas efetivas na redução da exposição sexual, englobando comunicação efetiva, redução da compensação de risco, manutenção da adesão e oportunidades de ensino-aprendizado vinculadas às demais intervenções em saúde (KUCHENBECKER, 2015).

No entanto, a disponibilidade de estratégias e dispositivos preventivos é somente parte da solução dos problemas em saúde uma vez que são inúmeros os

determinantes de uma epidemia. O desafio é tornar essas tecnologias amplamente acessíveis pela população mais afetada pela doença (GRANGEIRO, KUCHENBECKER & VERAS, 2015).

Em 2002, Ayres já apontava que para aprimorar as ações de prevenção era preciso transcender as ideias de grupo de risco e comportamento de risco (conceitos que rotulam, generalizam, descontextualizam e despolitizam) e incluir como referência para essas práticas a compreensão das vulnerabilidades, considerando os direitos humanos e as formas de combatê-las.

Na atualidade padrões morais conservadores e discriminatórios, inclusive pela equipe de saúde, ainda representam obstáculos para limitar a implantação dessas estratégias, uma vez que influenciam a oferta e demanda pelas tecnologias de prevenção (MAKSUD, FERNANDES & FILGUEIRAS, 2015).

Nesse sentido, Maksud e colaboradores (2015) afirmam a necessidade urgente de pesquisas não só clínicas, mas socioculturais que discutam de forma aprofundada o que querem e pensam os usuários em contextos de vulnerabilidade. O contexto de uso, a indicação, o cenário epidemiológico e o tratamento preconizado vão depender de escolhas de gestores, profissionais de saúde e PVHA. Trata-se, portanto, de uma decisão a um só tempo político-científica e ideológica-assistencial.

A partir do final da década de 1990, nos EUA, e do ano 2000, no Brasil, temas relacionados a casais sorodiferentes ao HIV começaram a aparecer e chamar atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores. Contudo a avaliação da vulnerabilidade ao HIV dessa população, particularmente, no contexto da assistência de enfermagem ainda é incipiente.

Assim, neste cenário, espera-se que esse estudo, que tem como foco principal

compreender como são construídas as três dimensões da vulnerabilidade: programática, social e individual entre casais sorodiferentes ao HIV/aids na perspectiva de prevenção da transmissão sexual do vírus através da adesão ao tratamento ARV e combinação de técnicas de redução de riscos como alternativas ao uso do preservativo, possa subsidiar o cuidado em saúde, visando qualificar a assistência de enfermagem prestada aos casais sorodiferentes que convivem no contexto do HIV/aids.

2.1 Geral

- Analisar a vulnerabilidade à transmissão sexual ao HIV de parcerias afetivo-sexuais estáveis, heterossexuais e homossexuais, sorodiferentes.

2.2 Específicos

- Caracterizar os participantes do estudo segundo as variáveis demográficas, clínicas e comportamentais;
- Descrever a constituição dos relacionamentos e o processo de revelação da soropositividade para a parceria sexual;
- Descrever a forma de enfrentamento da sorodiferença entre os parceiros sexuais;
- Identificar e analisar as estratégias preventivas utilizadas para a prevenção do HIV entre as parcerias sorodiferentes;
- Identificar o conhecimento sobre a transmissão sexual do HIV de pessoas vivendo com o HIV/aids em parceria sexual sorodiferente;
- Identificar as ações assistenciais oferecidas pelos serviços de saúde aos casais soronegativos ao HIV;
- Identificar os marcadores de vulnerabilidade de parceria soronegativa ao HIV.

Este estudo está vinculado a um macroprojeto intitulado “Casais Vivendo no Contexto da infecção pelo HIV: Vulnerabilidade e Estratégias de Prevenção” subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa. Uma pesquisa qualitativa é capaz de situar/posicionar o observador no mundo, utilizando-se de um conjunto de práticas interpretativas e materiais. Ela é particularmente importante, uma vez que nem sempre os fenômenos do mundo social e psicológico podem ser adequadamente quantificados. A aplicação desse método consente descobrir e entender o significado de eventos, práticas sociais, percepções próprias e ações dos indivíduos estudados a partir de um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 1993).

De acordo com Filgueiras e Deslandes (1999), a pesquisa qualitativa permite compreender o imaginário que alicerça as práticas e comportamentos em torno do problema, subsidiando, conseqüentemente, estratégias e ações mais sensíveis a tais expectativas.

A escolha dessa abordagem ocorreu por oferecer a possibilidade de aprofundar o conhecimento a respeito do significado das crenças e dos valores dos indivíduos, elementos que, além de influenciar no seu comportamento, interferem na adesão às estratégias preventivas relacionadas à aquisição do HIV/aids entre as parcerias sexuais.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto-SP, em dois serviços de atendimento especializado (SAE) às pessoas vivendo com o HIV/aids: o Centro de Referência em Especialidades Central “Maria da Conceição da Silva”, por ser o serviço que atende a maior demanda do município; e o Centro de Referência “Dr. José Roberto Campi”, por ser um dos ambulatorios pioneiros do Programa de DST/aids. Ambos são pertencentes à rede municipal de saúde.

A atenção em saúde no município está organizada em cinco Distritos Sanitários, são eles: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Os ambulatorios de referência em HIV/aids estão distribuídos nos cinco distritos referidos: Distrito Central: Centro de Referência em Especialidades Central “Maria da Conceição da Silva”; Distrito Sul: Centro de Referência “Dr. José Roberto Campi”; Distrito Oeste: Ambulatório DST/HIV/aids do CSE Cuiabá; Distrito Norte: Centro de Referência da UBS “Alexander Fleming”; Distrito Leste: Ambulatório DST/HIV/aids da UBDS Castelo Branco.

O acompanhamento clínico-terapêutico das pessoas vivendo com o HIV/aids, diagnosticadas e notificadas no município, acontece em nível secundário e terciário, e é realizado por equipes multidisciplinares compostas de médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e outras especialidades dos SAE.

3.3 População e amostra do estudo

Participaram do estudo pessoas vivendo com o HIV/aids, de ambos os sexos, com diferentes orientações sexuais, independente do estágio da infecção pelo HIV, que estivessem dentro dos seguintes critérios de inclusão: conhecer sua condição sorológica; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em acompanhamento clínico-

ambulatorial no serviço escolhido; estar em relacionamento afetivo-sexual estável (namoro, casamento, união estável) com parceria sorodiferente; manter relação sexual nos últimos 3 meses que antecedem a entrevista;

Foram excluídos os indivíduos em situações de confinamento tais como presidiários e institucionalizados e residentes em casas de apoio.

Para seleção da amostra adotou-se o critério de conveniência intencional (TURATO, 2003), ou seja, que atendessem aos objetivos da pesquisa independente de seu estadiamento clínico e condição socioeconômica, e para definição do número final de pessoas entrevistadas foi usado o conceito de saturação teórica, amplamente utilizado em pesquisas qualitativas na área da saúde. Segundo esse conceito o fechamento amostral é operacionalmente definido com a suspensão operacional da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, o material produzido preencheu todos os aspectos do objeto da pesquisa, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados, pois as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido (Glaser, 1967, Minayo, 1993; 1996).

A amostra do estudo foi constituída por 21 participantes que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houveram 9 recusas, que tiveram como justificativa mais frequente a falta de tempo ou o fato de não querer expor as suas intimidades.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio SAE, antes ou após a consulta médica e/ou de enfermagem, pela própria pesquisadora e, por meio da consulta dos prontuários para obtenção de dados clínicos e laboratoriais.

No prontuário foram coletados os dados referentes à terapia antirretroviral em uso, data e resultado dos últimos exames: CD4 e carga viral, histórico de infecção sexualmente transmissível (IST).

Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Foram utilizados um questionário de caracterização sociodemográfica e clínico (apêndice 1), e um roteiro temático (apêndice 2) com questões norteadoras. Os dados foram coletados no período de setembro de 2017 a março de 2018.

Um gravador foi usado para o registro do material e explicado ao participante a importância do uso dessa tecnologia para que nenhum ponto importante das informações fosse perdido e facilitasse a análise posterior. Nenhum participante se mostrou intimidado pelo uso do gravador. As entrevistas tiveram duração mínima de 30 e máxima de 45 minutos.

Este estudo adotou o termo casal para designar o relacionamento entre duas pessoas que tem um relacionamento sexual em curso, nos quais cada uma dessas pessoas é referida como um “parceiro” no relacionamento (OMS, 2012).

3.5 Análises dos dados

Para nortear esta pesquisa, foi utilizado a abordagem metodológica da Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (2011), técnica que teve seu início nos Estados Unidos há quase meio século atrás por necessidades no campo da

sociologia e da psicologia. A função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico, trata-se de um método empírico que procura conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras. É uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores (SANTOS, 2012).

Bardin (2011) conceitua entrevista como um método de investigação específico e a classifica como diretivas (fechadas) ou não diretivas (abertas). Além disso, enfatiza que a análise do conteúdo em entrevista é muito complexa. A autora apresenta os critérios de organização de uma análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Critérios esses que guiaram o presente estudo.

Para o tratamento dos dados, foi realizada a sua ordenação, por meio das transcrições dos discursos dos participantes e complementação das informações obtidas no prontuário dos sujeitos. As informações do material empírico foram lidas exaustivamente pela pesquisadora, buscando-se relacioná-las aos objetivos da pesquisa e organizá-las em agrupamentos descritivos, derivados da análise do Conteúdo segundo Bardin (2011).

O conteúdo foi agrupado e interpretado, com o aprofundamento das discussões fundamentado no referencial teórico-conceitual da Vulnerabilidade (AYRES, 2003) e achados bibliográficos voltados para o tema.

3.6 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 estudo foi encaminhado à Secretaria de Saúde e Programa de DST/HIV/aids/Hepatites virais de Ribeirão Preto e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo e obteve parecer favorável sob número do CAAE 64790717.3.0000.5393/2017 (ANEXO 2).

Mediante aprovação de ambos os órgãos, a coleta de dados foi realizada em uma sala que resguardasse a privacidade dos sujeitos, após concordância dos mesmos e assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE3), em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com o entrevistador. A todos os participantes da pesquisa foi garantido o caráter sigiloso das informações e o anonimato.

Foram utilizados nomes fictícios para os participantes e suprimidos da transcrição alguns dados para assegurar o anonimato e não permitir a identificação dos mesmos.

4.1 Caracterização das pessoas vivendo com o HIV/aids em parceria sorodiscordante, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

Participaram do estudo 21 pessoas soropositivas ao HIV, destas 11 (52,4%) eram do sexo masculino e 10 (47,6%) do sexo feminino. Dentre os homens, quatro (19%) estavam em uma relação homossexual (HSH), os demais (81%) viviam com parceria heterossexual. A idade variou entre 20 e 65 anos, com média de 44,1 anos. Houve predomínio de participantes que se autodeclararam como pardos (13, ou seja, 61,9%), sete (33,3%) eram brancos e um (4,8%) participante era preto.

Em relação ao nível de escolaridade, dois (9,5%) participantes possuíam nível superior, um (4,8%) deles com pós-graduação, cinco (23,8%) pessoas tinham ensino médio, seis (28,6%) tinham ensino fundamental, e os demais (8, ou seja, 38%) ensino fundamental incompleto. Nenhum participante era iletrado. A renda variou entre um salário mínimo e 16,5 salários mínimos. Quanto a ocupação 13 (61,9%) participantes estavam inseridos no mercado formal ou informal de trabalho. Sete (33,3%) participantes mencionaram condição de trabalho fixo com direitos trabalhistas, seis (28,6%) referiram trabalhar como autônomos regularmente, quatro (19%) estavam aposentados, dois (9,5%) recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BCP).

A maioria (13, ou seja, 61,9%) dos participantes refeririam o catolicismo como religião, quatro (19%) eram protestantes, três (14,3%) espíritas kardecistas e apenas um (4,8%) não tinha religião.

A seguir, o Quadro 1 ilustra a distribuição das características sociodemográficas dos participantes do estudo:

Quadro 1 – Distribuição das características sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiferentes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

	NOME FICTÍCIO	ORIENTAÇÃO SEXUAL	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	COR/ ETNIA	SITUAÇÃO DE TRABALHO (Atual)	RENDA FAMILIAR (em salários mínimos)*
P1	Breno	Homem Heterossexual	32	Superior incompleto	Branca	Autônomo	8 Salários
P2	Angela	Mulher	47	Fundamental incompleto	Branca	Empregada	3 salários
P3	Acássio	HSH	47	Pós Graduado	Branca	Servidor público	16,5 Salários
P4	Lula	Homem Heterossexual	50	Fundamental incompleto	Parda	Afastado	2,5 salários
P5	Eliana	Mulher	34	Médio completo	Preta	Não trabalha	1 salário
P6	Claúdia	Mulher	38	Fundamental incompleto	Parda	Autônoma	2 Salários
P7	Manoel	Homem Heterossexual	65	Fundamental incompleto	Parda	Autônomo	3 salários
P8	Hélio	HSH	20	Médio completo	Parda	Autônomo	6 salários
P9	Vanessa	Mulher	42	Fundamental incompleto	Parda	Empregado	2 salários
P10	Mirian	Mulher	50	Fundamental completo	Amarela	Afastado	4 Salários
P11	João	Homem Heterossexual	28	Médio completo	Branca	Empregado	10 Salários
P12	Wagner	Homem Heterossexual	36	Médio completo	Parda	Empregado	2 salários
P13	Rosa	Mulher	44	Médio incompleto	Parda	Autônomo	2 salários
P14	Marcos	HSH	40	Fundamental completo	Parda	Servidor público	5 Salários
P15	Vitor	Homem Heterossexual	49	Fundamental completo	Parda	Aposentado	3 salários
P16	Rita de Cássia	Mulher	51	Superior completo	Branca	Servidor público	15 salários
P17	Roberson	Homem Heterossexual	46	Fundamental incompleto	Parda	Aposentado	3,5 salários
P18	Suelen	Mulher	58	Fundamental incompleto	Branca	Aposentado (+autônomo)	2,5 salários
P19	Léo	HSH	59	Fundamental completo	Parda	Aposentado	2,5 salários
P20	Norma	Mulher	56	Fundamental incompleto	Branca	Não trabalha	1 salário
P21	Paloma	Mulher	35	Médio incompleto	Parda	Não trabalha	2 salários

* Valor do salário mínimo 937,00 reais

Quanto ao número de filhos, 12 (57,2%) entrevistados possuíam de 1 a 3 filhos e nove (42,8%) não possuíam filhos. Dois (9,5%) participantes do sexo masculino e que vivem em relacionamento heterossexual, referiram desejo reprodutivo atual, um deles já iniciou o processo de reprodução assistida, o outro afirma que, conforme acordado com sua parceira, irão tentar pelo método convencional, ou seja, através de relações sexuais sem tecnologias reprodutivas:

To colhendo os espermias né, tá sendo analisado, já colheu o dela já, olhou tudo, agora é só ir lá pra colher o esperma, aguardar pra fazer a... injeção... acho que é injeção né? (João)

A médica deu opção pra ela, de fazer... lavagem de esperma, ou... arriscar... entendeu?! e ela preferiu arriscar, não vamos fazer a lavagem... (Breno)

Um participante que vive em união estável com parceria homossexual relatou intenção de adotar uma criança.

Entre os participantes do estudo, os motivos apontados para o desejo de não ter filhos estavam relacionados principalmente ao receio de expor o parceiro e/ou a criança a uma eventual transmissão do vírus ou ao fato de já terem filhos:

Vontade tinha, mas a gente não corre o risco né, por causa do... pra não ter esse problema de contaminar ela né, passar esse problema pra ela, essas coisas. (Lula)

Olha, eu nunca tive desejo de ter filhos... só que quando eu engravidei do meu antigo parceiro, eu quis ter aquele bebê, mas aí eu perdi, aí em seguida eu descobri que era soropositiva, aí agora esse sonho acabou, eu não quero, e eu sei que eu posso ter, que pode ter as chances da criança não vir soropositivo, mas eu não quero arriscar... eu se eu pudesse operar para não ter filhos, eu operaria.. (Eliana)

Eu teria vontade, mas eu não posso porque eu sou operada. (Vanessa)

Logo que eu descobri que eu era soropositivo eu já fiz a laqueadura pra não correr o risco de engravidar... de novo (Rosa)

Se eu for ter filho com ela, eu tenho medo, de passar, transmitir pra ela... e a criança nascer com o problema. [...] e por a gente já ter um casal de filhos e na idade que a gente tá, também agora, não tem mais... essa vontade... (Roberson)

Não porque a gente já tem os nossos (risos) Tudo grande já, já casado (risos) Já somos avós, tal... Nem pensar! (Suelen)

Os discursos anteriores evidenciam conhecimento insuficiente sobre prevenção da transmissão materno-infantil (TMI) do HIV, possível violação de direitos reprodutivos, com a facilitação do acesso à esterilização (laqueadura), e até mesmo despreparo da equipe de saúde em fornecer o devido suporte a esses indivíduos, o que denota importante aspecto da vulnerabilidade programática.

Sobre os aspectos clínicos relacionados à infecção pelo HIV, 20 (95,2%) entrevistados referiram uso regular da TARV, desses 19 (90,5%) estavam com carga viral indetectável no último exame. Entre os 21 participantes, 17 (81%) apresentavam T-CD4 maior que 500 cel/mm³, nenhum estava com T-CD4 menor que 200 cel/mm³.

Em relação à história de infecção pelo HIV, 15 (71,4%) indivíduos conhecem sua situação sorológica há mais de 10 anos, dois (9,5%) apresentaram menos de 2 anos de descoberta da soropositividade.

No que diz respeito a coinfeção com outras infecções sexualmente transmissíveis, nove (42,8%) participantes apresentaram história prévia de pelo menos uma IST, dentre elas a mais prevalente foi a sífilis em cinco (23,8%) entrevistados, três (14,3%) pessoas tiveram herpes genital, duas (9,5%) HPV e uma (4,7%) gonorréia.

O quadro 2 a seguir ilustra a distribuição das características clínicas dos participantes do estudo:

Quadro 2 – Distribuição das características clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiferentes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

	TEMPO DE DIAGNÓSTICO	USO TARV	CARGA VIRAL (Último exame)	CD4mm³/ml (Último exame)	IST (Prévia)
P1	11 anos	Sim	Indetectável	905	Sífilis
P2	9 anos	Sim	Indetectável	596	Herpes
P3	10 anos	Sim	Indetectável	1272	Não
P4	20 anos	Sim	Indetectável	1280	Não
P5	8 anos	Não	1.913 cópias/ml	867	Não
P6	13 anos	Sim	Indetectável	621	HPV
P7	35 anos	Sim	Indetectável	656	HPV
P8	1 ano e meio	Sim	Indetectável	529	Sífilis e Herpes
P9	10 anos	Sim	Indetectável	885	Não
P10	21 ano	Sim	720 cópias/ml	352	Não
P11	10 anos	Sim	Indetectável	783	Não
P12	1 ano e 9 meses	Sim	Indetectável	397	Não
P13	14 anos	Sim	Indetectável	335	Não
P14	15 anos	Sim	Indetectável	1581	Sífilis
P15	28 anos	Sim	Indetectável	1144	Herpes e Gonorréia
P16	20 anos	Sim	Indetectável	425	Não
P17	16 anos	Sim	Indetectável	726	Não
P18	9 anos	Sim	Indetectável	994	Não
P19	17 anos	Sim	Indetectável	1044	Sífilis
P20	18 anos	Sim	Indetectável	511	Sífilis
P21	3 anos	Sim	Indetectável	694	Não

Fonte: Argolo, Jamille Guedes Malta (2018)

4.2 Constituição dos relacionamentos afetivos-sexuais e o processo de revelação da soropositividade para a parceria soronegativa:

Em relação à constituição das parcerias sorodiferentes, 12 (57,1%) participantes estabeleceram o relacionamento após a descoberta da soropositividade ao HIV. O tempo de relacionamento, variou entre 10 meses e 23 anos. A maioria (20, ou seja, 95,2%) dos entrevistados vive com o parceiro.

Quanto à revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV para a parceria sexual, apenas um (4,8%) participante mantinha segredo sobre o seu status sorológico ao parceiro soronegativo, tal situação configura-se como importante marcador de vulnerabilidade social.

Contudo, apesar da maior parte dos participantes ter comunicado o diagnóstico positivo para a parceria sexual, o ato de revelar esteve associado a muitos entraves e dilemas, entre eles o medo de ser julgado e/ou abandonado pela parceria, e entre as mulheres soropositivas, o receio de sofrer violência psicológica e física. Para estes indivíduos, revelar requer confiança e intimidade, quando o vínculo afetivo está mais consolidado, conforme descrito nos depoimentos à seguir:

Ah eu não quis contar porque eu tava começando a entrar em contato com ela, sabe? E aí eu falava: "se eu falar isso aí pra ela, ela não pegou amor por mim ainda direito, é novo né, aí nós vai despartar"... aí eu fui esperando, a gente ir pegando mais intimidade, mais amor... (Manoel, revelou o diagnóstico para a parceira após 4 anos de relacionamento)

Foi bem difícil né, mas assim, eu já tava, já fazia um ano que eu tava com ele... tava junto, mas eu sempre usei preservativo [...] E então... um dia, quando meu marido (ex marido) faleceu, já fazia um ano que eu tava com ele (parceiro atual)... eu tava separada dele (ex marido) já fazia 6 anos, e aí eu contei pra ele... falei a verdade né, que eu já sabia... (Mirian, revelou o diagnóstico para o parceiro após 1 ano de relacionamento)

Então... eu tava com medo de falar né, porque sempre tem assim, a gente não sabe qual que vai ser a reação da pessoa né... por exemplo se você contar antes de você ter alguma coisa a pessoa pode' não querer ficar com você... se você conta depois também, a pessoa pode te agredir, sei lá, ou pode te largar, que é o menos pior

né [...] é difícil pra pessoa se expor, porque não sabe se a pessoa vai contar pros outros... (Rita de Cássia, revelou o diagnóstico para o parceiro após 7 meses de relacionamento).

Em alguns casos, a descoberta da sorologia positiva ao HIV pelo parceiro soronegativo não ocorreu por meio da anúncio da própria pessoa infectada, mas sim por situações que a denunciaram, como por exemplo o participante Manoel, que teve seu diagnóstico divulgado para a parceira por profissionais da saúde, denotando quebra de sigilo, falhas na assistência prestada e portanto vulnerabilidade na dimensão programática:

“Eu estava no hospital, porque eu sofri um acidente de moto... Ai antes de eu falar pra ela, eles (profissionais da saúde) já tinham falado lá... Ela foi lá buscar umas toalhas pra mim, ai contaram pra ela... ai ela veio falar pra mim, ai eu falei: “eu ia falar pra você, eu já ia te falar, mas já que eles falaram pra você, então agora eu vou acabar de te explicar”... (Manoel)

Para os participantes que já haviam estabelecido o relacionamento antes da descoberta da soropositividade ao HIV, além da angústia de se descobrirem infectados, outros sentimentos permearam este cenário, entre eles a dúvida da condição sorológica do parceiro, a possibilidade de transmissão ou aquisição do HIV pela parceira, a incerteza quanto a fidelidade do parceiro infectado e, conseqüentemente, a mágoa.

Porque eu achava que seria dele né?! [...] Aí fez, fez todos os exames e graças a Deus não deu nada. (Angela)

Ela começou a chorar junto comigo, ficou triste... me fez algumas perguntas... mas eu falei pra ela que não tinha traído ela... depois dos exames, que eu tava praticamente morto, eu falei pra ela: “foi antes, isso aconteceu antes de você, eu não me cuidava, me cuidava pouco”... então, isso foi antes de conhecê-la. (Wagner)

4.3 Convivendo com a sorodiferença: modo de enfrentamento

Observamos nos discursos de alguns participante sentidos de apoio e solidariedade por parte do parceiro negativo ao HIV que auxiliaram no enfrentamento da doença:

Na minha cabeça foi um pouco difícil de administrar né, a coisa... e na verdade, eu acho que a aceitação dele foi muito mais tranquila que a minha né, porque a primeira coisa que eu penso é que o relacionamento ruiu, e não muito pelo contrário, ele falou “vamos enfretar essa junto, não tem problema, iiih você vai se tratar, vai tirar isso de letra”, foi um apoio assim incondicional né, eu sinceramente tive muito mais problema de auto-aceitação do que dele me aceitar, então... tanto que estamos juntos até hoje, nós nos casamos depois do fato oficialmente. (Acássio)

Eu fiquei com medo de eu perder ele, porque eu gosto muito dele... e eu fiquei com medo, mas depois que eu comecei a falar pra ele e ele falou: “Não, não esquenta a cabeça com isso não, nós se protege e vamos viver nossa vida” (Vanessa)

Ele aceitou numa boa, até ele tipo me acalmou, porque falou: “Não Marcos, não é um bicho de 7 cabeças”... como ele é da área, falou: “Não é assim também não, você vai se tratar, você vai se cuidar, e a vida prossegue” né? (Marcos)

Eu falei pra ele ser livre, você faz o que você quiser da sua vida, eu to descobrindo isso agora, não sei te falar como foi, realmente... e ele falou: “Não, eu to com você, vou ficar com você, eu me cuido, a gente se preserva mais...” e continuou... e estamos até hoje, há 10 anos juntos... (Suelen)

Outra forma de enfrentamento da sorodiferença encontrada nos discursos dos participantes, refere-se a naturalização da infecção pelo HIV/aids e a maior aceitação da doença, que conferem vulnerabilidade para a parceria sexual soronegativa:

Eu falei pra ela que eu tinha o vírus, mas que não tinha nada gravíssimo não... tava só com um vírus só. Aí ela entendeu normal... A reação dela foi normal... ela entende né? Não teve nenhuma.. surpresa não... (João)

Manoel, heterossexual, sabidamente soropositivo há 35 anos, e que vive com parceria sorodiferente há 6 anos, também demonstra sentidos de naturalização

da doença em seu discurso e no de sua ex-mulher (também soropositiva) com quem mantém relacionamento amigável. Ele conta que obteve apoio da ex esposa no momento de revelação do diagnóstico para a atual parceira: *“Minha ex mulher deu uma força também né? A minha ex mulher falou: “não isso ai né coisa de outro mundo não, eu peguei o vírus, eu tomo um comprimidozinho só pra isso...”*

Identificamos que a adoção da postura de naturalidade perante à infecção pelo HIV aconteceu com o passar do tempo e o convívio com o parceiro soropositivo:

Ela (parceira) também é cabeça fresca sabe? Ela acha que do mesmo jeito que eu to tomando remédio e eu to bem, ela acha que ela vai tomar o remédio também e ela vai ficar bem... (Manoel)

Eu falei: “Eu não quero que aconteça com você o mesmo que aconteceu comigo”... e ele falou que tava velho, que não tinha problema (contrair o HIV)... (Norma).

Ele (parceiro) ainda tira sarro, ele fala “olha sinceramente, entre ser diabético e ter HIV, eu prefiro o HIV, o diabetes é bem pior”. (Acássio).

4.4 Conhecimento, comportamentos e práticas preventivas adotadas

Em relação as práticas preventivas adotadas entre os participantes do estudo, o uso do preservativo masculino foi o método preventivo de maior escolha, nove (42,8%) participantes afirmaram fazerem uso consistente, ou seja, em todas as relações sexuais, oito (38%) referiram uso em quase todas as relações sexuais, os demais (4, ou seja, 19%) afirmam não usar preservativo. Tais comportamentos indicam sentidos de vulnerabilidade nas dimensões individual e programática.

Sobre o preservativo feminino, alguns participantes referiram já terem experimentado, porém não houve relato de uso contínuo do mesmo.

Alguns aspectos foram mencionados quanto ao uso inconsistente ou não uso do preservativo masculino, entre eles: o tempo de relacionamento, a diminuição do

prazer e a construção cultural do “amor romântico”, que coloca o relacionamento acima da possibilidade de transmissão do HIV.

Usamos uns 2 anos só, depois ele não quis mais. Não usamos nunca mais. (Rosa)

Ele (parceiro) fala o seguinte que... pra mim de uma certa maneira isso me lisongeia, mas por outro lado me deixa... Ele fala o seguinte: “Olha eu amo você de qualquer jeito, eu não estou afim de ficar restringindo a minha vida em função do fato de que você é portador de um vírus, eu não quero isso pra minha vida, eu não quero que isso altere o nosso relacionamento”... E eu falo: “e se você se contaminar com isso?”... “Vou fazer exatamente a mesma coisa que você, vou me tratar”... Ele não enxerga isso como um ponto crucial para que afete o relacionamento. (Acássio)

Ele reclama. Ele sempre reclamou. Agora de uma (camisinha) que eu peguei, que ele não reclamou. Dizia ele que era mais desconfortável, mais sabe? Desconfortável! (Vanessa)

isso eu acho que é uma opinião unânime né? Que não é a mesma coisa do que o contato pele com pele mas... (Marcos)

Outro aspecto relevante, é que mesmo entre os participantes que afirmaram fazerem uso do preservativo em todas as relações, demonstraram dificuldades no seu uso:

Eu uso, só que eu não se dou com ele. Ele tira minha impotência, você entendeu? Eu ponho... ta aquela beleza, ai a hora que eu ponho, da aquela impotência... (Manoel)

Identificamos resistência dos parceiros masculinos ao uso do preservativo e dificuldade de negociação do preservativo masculino pela mulher:

Olha, já aconteceu, eu vou ser bem sincera, já aconteceu algumas vezes a gente não usar preservativo, mas não por mim, por ele, e eu fico brava, falo que não pode... mas já aconteceu... mas isso foi, em 10 anos, eu acredito, vamos por umas 5x. Entendeu? [...] Ele tem mais resistência. (Mirian)

Já aconteceu umas 2 vezes sem, porque ele insistiu... só que eu não gosto... porque a gente sente mal né? De passar... (Norma)

Ainda sobre o uso do preservativo masculino, 11 (52,4%) entrevistados vivenciaram pelo menos um episódio de acidente com o uso do preservativo, como ruptura ou deslocamento durante a relação sexual. No entanto, conforme relatado pelos sujeitos da pesquisa, somente sete (33,3%) parceiros negativos realizaram a PEP sexual nessas situações.

Nenhum participante referiu barreiras no acesso aos preservativos. Para aqueles que fazem uso, observamos que metade dos participantes obtém de forma gratuita nos postos de saúde:

Acessibilidade eu tenho, qualquer posto que eu vá tem. (Hélio)

Pego no posto [...] Sempre tem. (Vanessa)

Pego aqui no posto mesmo. Hoje mesmo eu peguei (Mirian)

Sempre tem! Eu sempre to aqui no postinho, eu pego aqui ou lá no outro posto, lá perto da rodoviária... sempre tem (Roberson)

A outra metade opta pelos vendidos em farmácias:

Compro também. Eu prefiro ainda comprar, do que a do posto, a do SUS... eu prefiro comprar. (Marcos)

Antes eu pegava no posto, ai os preservativos do posto incomoda um pouco, porque ele é meio grosso. Ai o que eu faço? Eu compro na farmácia [...] Eu já peguei (no SUS) uma quantidade assim boa, pra não faltar... por exemplo assim, se acabar o que eu compro, eu tenho a do posto pra usar. Sempre tem! (Wagner)

Compro, eu não uso o daqui [...] Eu prefiro o outro... jontex, é melhor, eu acho, que esse dai.

Sobre o conhecimento a respeito das novas políticas de prevenção da transmissão sexual pelo HIV, quatro (19%) participantes referiram conhecer a PEP, 12 (57,1%) demonstraram ter algum tipo de conhecimento, cinco (23,8%) entrevistados desconheciam.

Eles falavam (equipe de saúde) que tem que tomar 29 dias... que se acontecesse, que era pra trazer ele, pra ele tomar o medicamento. Eles sempre me falou, mas eu não sabia pelo nome

Já aconteceu já (estourar preservativo), mas ela foi fazer aquele exame lá... eu esqueci o nome

PEP? Sei nem o que é isso... (João)

Quanto a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP), apenas dois (9,5%) participantes tinham conhecimento, porém nenhum deles adotou a PrEP como estratégia preventiva.

A PrEP ainda é um assunto que não é tão conversado, até pensei de conversar isso aqui (SAE) a respeito, se valeria a pena, mas como eu conversei isso antes em casa e a adesão dele não foi lá favorável... (Acássio)

Identificamos ainda, que alguns participantes adotam a lógica do gerenciamento de riscos, como estratégia para minimização dos riscos, como a não realização de sexo anal e o “coito interrompido”, com ejaculação fora da vagina. Como por exemplo, **Wagner**, heterossexual, em união estável há 10 anos, que se descobriu infectado há 1 ano e 9 meses, quando questionado sobre a prática de relações sexuais anais, relata: *“Já tivemos... mas, ultimamente não... exatamente 1 ano e 9 meses” (risos)*.

Breno, heterossexual, casado oficialmente há 6 meses com Bianca, com quem está junto há 9 anos, afirma manter relações sexuais sem preservativo desde que iniciou a terapia antirretroviral há 2 anos e obteve carga viral indetectável: *“Antes do.. Antirretroviral, era, era com preservativo... ai... ai depois de um tempo com o ARV, começou a identificar a carga viral indetectável... a partir dai, nós não fazemos o uso do preservativo.[...] a ejaculação... 90% fora”*.

Roberson, heterossexual, casado há 23 anos, sabidamente soropositivo há 16 anos, também demonstra adotar a lógica do “coito interrompido” como redução de riscos, quando questionado pela pesquisadora sobre o uso do preservativo: *“As vezes não usamos... mas não chego ejacular... a gente tem mais cuidado...”*.

O uso da carga viral indetectável como uma estratégia preventiva também tem sido descrita em alguns outros discursos:

Depois do diagnóstico passei a usar estritamente o preservativo, do começo ao fim da relação, só quando iniciou a terapia antirretroviral e eu fiquei com carga viral indetectável, tudo certinho, ai foi passando um ano, um ano e pouco, ai de vez em quando ele (parceiro) “ahh não queria”, insiste, ai pronto, a gente cede, também ninguém é de ferro. (Acássio)

Eu transei quatro anos com a mulher e ela não pegou isso ai não... mas só que também eu não falhei um dia de tomar o remédio, todo dia 7 horas da noite eu tomava o remédio, de manhã cedo também, então o vírus ficava escondido. (Manoel)

No entanto, observamos ainda, desconfiança ou descrença que a carga viral indetectável reduz o risco de transmissão sexual do HIV e pode ser adotada como método preventivo eficaz, conferindo vulnerabilidade para as parcerias sexuais soronegativas ao HIV:

Ele (médico) falou que ta indetectável minha carga viral. Mas eu quero usar sempre com preservativo porque né? Vai que a hora dá... (Vanessa)

Assim, eu sei que hoje ela ta indetectável, faz tempo né? E que a possibilidade é mínima né? De transmitir... mas eu nunca me preocupei com isso, sempre usa a camisinha (Mirian)

Já ouvi falar (TASP) mas prefiro garantir o uso da camisinha (João)

Minha carga viral (se referindo ao CD4) ta lá em cima, graças a Deus... mas assim, mesmo que, eu tando bem, não tenho relação sem camisinha. Não tenho! Mesmo eu tando ótimo, eu não tenho relação sem camisinha. (Wagner)

Nunca avaliei (CV) pra isso (ter relação sem preservativo).. tanto é que eu perguntei pro médico, quando a gente, que ele não quis usar... ele falou que é arriscado, mas como a minha carga viral estava boa... mas eu não confio não! (Norma)

A desconfiança e resistência que a carga viral indetectável (CVI) é um método de prevenção sexual do HIV, foi mencionada inclusive entre os próprios profissionais

da saúde, por meio da fala dos participantes, como por exemplo, **Hélio**, homossexual, que vive junto com seu parceiro há 2 anos e é sabidamente soropositivo há 1 ano e meio, relatou ter sido desencorajado pelo seu médico da utilização exclusiva da CVI como forma de prevenção: *“A gente tinha visto uma matéria de uma nova pesquisa que saiu, onde quem ta com a carga viral zero, que é o meu caso, não transmite mais. Conversando com o doutor ele disse que não é legal, a gente praticar o sexo sem camisinha, porque não é tão certo, ele explicando, ele disse, não é tão certo que não passe... e também pode acontecer de uma infecção, alguma coisa acabar passando pra mim como a minha imunidade é muito baixa”*.

Outro aspecto relevante encontrado foi a responsabilização da prevenção da transmissão do HIV. Observamos em alguns discursos, que o parceiro soropositivo que se responsabiliza pela adoção das práticas preventivas entre o casal:

Eu que... é uma preocupação muito minha né, na hora que vai ter uma relação assim, as vezes ele quer sem a camisinha e eu: “não, não, não, não, não, pode sem não” sabe? Eu que to sempre mais em cima. (Mirian)

Ele tem mais resistência do que eu ao uso do, do preservativo. Se ele tiver a chance, eu ponho, eu uso preservativo, se ele tiver a chance de me pegar sem, ele vai pegar. (Acássio)

Sobre a periodicidade da testagem sorológica para investigação do HIV pela parceria, conforme referido pelos 21 participantes, 11 (52,4%) parceiros soronegativos realizam o teste anti-HIV a cada 6 meses, quatro (19%) realizam uma vez ao ano, dois (9,5%) realizavam com uma certa periodicidade mas estão há mais de dois anos sem testar, um (4,7%) mencionou a realização do teste pelo parceiro uma única vez, três (14,3%) nunca realizaram o teste.

Alguns aspectos foram descritos como contribuintes para a não realização do teste, entre eles: negação do risco de aquisição ou crença de invulnerabilidade frente a infecção pelo HIV, baixa percepção de risco, a construção social da masculinidade que influencia o homem a frequentar os serviços de saúde, tempo de relacionamento, testes sorológicos anti-HIV repetidos com resultado negativo, falta de capacitação da equipe de saúde em orientar e acompanhar esses parceiros negativos, configurando importantes desafios quanto à vulnerabilidade da parceria sexual ao HIV:

Eu já cansei de falar pra ele, mas não vem, ele não vem. Eu chamo pra ele vir fazer o teste, mas não vem. Como se diz, eu cuido de mim né? Pra ele é como se eu não tivesse, ele trata como se eu não tivesse o vírus do HIV.

Eu já pedi pra ele fazer, e ele não faz. Ele nunca testou, nenhuma vez! [...] Não adianta falar, porque ele não vem, ele não vai no médico pra nada, não gosta (Norma)

Depois que deu negativo, fazia uma vez ou outra... [...] Toda vez que ela fez sempre deu negativo, faz 16 anos já, e toda vez ta dando negativo, então... não tem essa orientação assim dela ficar fazendo... (Roberson)

O médico falou hoje pra ele vir, pra fazer, que era bom ele fazer... mas ele não falou assim a frequência né... (Rita de Cássia)

Fez todos os exames, até aqui ele fez (CTA), Já faz um tempinho que ele não faz... (Angela)

A procura por testes anti-HIV em Bancos de Sangue, no lugar dos serviços tradicionais de testagem, foi encontrada na fala de uma participante. **Eliana**, de 34 anos, que vive em um relacionamento estável há 8 anos, quando questionada sobre a testagem para o HIV pelo parceiro negativo, conta: *Ele nunca testou aqui. Ele é doador de sangue. As vezes ele doa né? Mas eu já falei que era melhor ele não fazer isso, mas eu acho que ele doa mais pra saber se ele é, se ele tem ou não...*

Mesmo entre os parceiros soronegativos que realizam a testagem periódica, foi identificado, nos discursos dos participantes, resistência para a realização do teste anti-HIV e a responsabilização da prevenção pelo parceiro positivo:

Normalmente tenho que ficar no pé dele, porque acho que deveria ser a cada 6 meses, mas eu fico brigando com ele pra pelo menos 1 vez por ano. Falando nisso está na época de eu brigar com ele (risos) (Acássio)

Ele fazia a cada 6 meses, só que já faz um ano que ele não faz, inclusive eu acabei de falar pra ele: "tá na hora de você fazer de novo" (Mirian).

Além disso, a ausência de acompanhamento específico voltado para essas parcerias, prejudica a realização de um seguimento regular, periódico. Evidenciando vulnerabilidade na dimensão programática:

Olha eu não sei como é que ta a frequência dele... mas normalmente ele faz de 6 em 6 meses

Olha, eu acho que é... quando eu tava com ela aqui, ela vinha de 6 em 6 meses.

Ah ela faz de fim de ano, todo ano ela faz, no fim do ano, que nem agora ela vai fazer...

Ele vem de livre e espontânea vontade... deu a época de vir, ele vem.

Questionamos quanto a presença de outra parceria sexual, quatro (19%) participantes revelaram ocorrência de relações sexuais com parceiros casuais durante o relacionamento atual, dois (9,5%) deles contam que as práticas sexuais aconteceram em conjunto com o parceiro fixo atual. Os quatro participantes referiram uso consistente do preservativo, nessas ocasiões:

Foi duas vezes que meu marido e eu nós fomos num, num clube de swing, e aí a gente teve... ele teve relação com uma outra mulher, e eu tive relação com outro homem. (Eliana)

Eventualmente já tivemos. Sempre em conjunto, os dois juntos. Isolados não. [...] De repente, surge uma chance, pinta o clima... mas

é aquela coisa, “vamos fazer?”, “vamos”, mas com preservativo. (Acássio)

De vez em quando, se aparecer alguém, acaba ficando né? Mas ai tudo com... fazendo completo né? Fazendo com preservativo e tudo. (Léo)

Foi um caso, vamos falar assim, várias vezes. (Breno)

Quando questionados sobre o consumo de substâncias como álcool e outras drogas, entre os que referiram fazer uso antes das relações sexuais, afirmaram não ser impeditivo para adoção de práticas preventivas, como por exemplo o uso do preservativo:

Esquecer o preservativo nunca! Mesmo com alcool! (risos) Acho que isso é muita responsa... (Suelen)

ENT: *Já aconteceu de ingerir bebida alcoólica e lá no momento acabar esquecendo de usar o preservativo?*

P4: *Não, nunca. Sempre fui um cara, um consumidor responsável. (Lula)*

ENT: *Já aconteceu da bebida interferir? Esquecer de colocar?*

P9: *Não porque eu sempre pus, se ele (parceiro) não conseguia por eu colocava. (Vanessa)*

ENT: *Você acha que interfere de não querer usar ou esquecer o preservativo?*

P17: *Não! Porque a gente já ta bem ciente disso, então não interfere (Roberson)*

ENT: *Já aconteceu de beber ou usar algum tipo de droga, e em seguida ter relação e esquecer de usar preservativo?*

P19: *Não porque quando eu bebo ou faço qualquer outras coisas a mais, nem interesse em sexo eu tenho... né? (Léo)*

O quadro 3, a seguir, permite perceber as estratégias de prevenção combinada do HIV, utilizadas pelos casais sorodiferentes, referidas pelo parceiro positivo:

Quadro 3 – Estratégias de Prevenção Combinada do HIV utilizada por pessoas vivendo com HIV/aids em parceria sorodiferentes, n=21, Ribeirão Preto-SP, 2018

	USO TARV	CARGA VIRAL (Último exame)	USO DO PRESERVATIVO (atual)	PARCEIRO JÁ REALIZOU PEP	TESTAGEM PERIÓDICA DA PARCERIA
P1	Sim	Indetectável	Não	Não	6 EM 6 MESES
P2	Sim	Indetectável	Sempre	Sim	FAZ TEMPO
P3	Sim	Indetectável	Quase sempre	Sim	1 VEZ ANO
P4	Sim	Indetectável	Sempre	Sim	6 EM 6 MESES
P5	Não	Detectável	Sempre	Não	DOA SANGUE
P6	Sim	Indetectável	Não	Não	FEZ 1 VEZ
P7	Sim	Indetectável	Quase sempre	Não	1 VEZ ANO
P8	Sim	Indetectável	Quase sempre*	Sim	6 EM 6 MESES
P9	Sim	Indetectável	Sempre	Sim	6 EM 6 MESES
P10	Sim	Detectável	Quase sempre	Não	1 VEZ ANO
P11	Sim	Indetectável	Sempre	Sim	6 EM 6 MESES
P12	Sim	Indetectável	Sempre	Não	6 EM 6 MESES
P13	Sim	Indetectável	Não	Não	6 EM 6 MESES
P14	Sim	Indetectável	Quase sempre	Sim	6 EM 6 MESES
P15	Sim	Indetectável	Sempre	Não	6 EM 6 MESES
P16	Sim	Indetectável	Não	Não	NUNCA
P17	Sim	Indetectável	Quase sempre	Não	FAZ TEMPO
P18	Sim	Indetectável	Sempre	Não	6 EM 6 MESES
P19	Sim	Indetectável	Quase sempre	Não	NUNCA
P20	Sim	Indetectável	Quase sempre	Não	NUNCA
P21	Sim	Indetectável	Sempre	Não	6 EM 6 MESES

Fonte: Argolo, Jamille Guedes Malta (2018)

4.5 Ofertas e ações assistências oferecidas pelos Serviços de Saúde

Quanto aos aspectos relacionados à oferta e ações dos serviços de saúde, observou-se ausência de atendimento específico voltado para casais sorodiferentes ao HIV. Configurando-se um importante marcador da vulnerabilidade programática.

Entre os 21 participantes, 12 (57%) relatam já terem passado por consulta médica no SAE em conjunto com suas parcerias, no entanto, não existe um protocolo clínico para seguimento dessas parcerias sexuais, observamos que a procura pelo atendimento tem partido do próprio paciente que sente necessidade de incluir seus cônjuges no atendimento, como exposto nos discursos a seguir:

Eu que trouxe ele por mim mesmo, pra poder passar com médico, pedir exames pra ele, final do ano passado [...] Eu senti necessidade, e trouxe ele, ai o doutor pegou e pediu os exames pra ele, fez o teste deu negativo, ai pedi de novo no outro retorno, pediu, pediu, pediu, graças a Deus (Vanessa)

As vezes... o Doutor fala: "ó se o Marcelo quiser vir, pra fazer algum exame, alguma coisa parecida assim"... mas não que ele fala "tem que vim" Ele vem as vezes de vontade própria sabe? (Marcos)

Ela só me acompanha... desde o começo [...] ela vem por livre e espontânea [...] Desde o começo ela vem comigo, desde quando nós estamos juntos, eu trouxe ela, pra saber orientação, e dai ta sempre vindo comigo

Ela vem só acompanhando, comigo... as vezes... não é frequente [...] A consulta é mais pra mim, mas as vezes ela estando junto, ela conversa, ela fala, as vezes fala dos problemas que a gente tem (risos)... (Roberson)

As vezes ele vem, porque vem me trazer, ele fica comigo, ai Doutor já convida ele pra entrar...[...] A consulta é pra mim, mas acaba, ele entrando, participando... (Suelen)

Ela já veio aqui comigo, a gente veio junto, mas assim convidada mesmo não [...] Como que eu posso te falar? Ela veio comigo... passei por atendimento, fizeram lá umas perguntas pra ela... pra mim também, lógico... (Wagner)

A gente gosta de ser atendidos juntos, hoje inclusive, foi junto [...] As vezes ele só entra comigo, ai a consulta é voltada pra mim... mas igual hoje, eu tinha colhido exame e ele também, então a consulta foi bem equilibrada, foi pro casal.. (Hélio)

Alguns participantes relataram ainda, que o convite pela equipe de saúde aconteceu uma única vez, no momento da descoberta do diagnóstico positivo do participante, mas que após a realização do teste anti-HIV do parceiro e a confirmação do resultado negativo não houve continuidade no acompanhamento:

Só quando a gente descobriu mesmo, que ai teve que conversar comigo e com ele, explicar como que seria esse caso né, só... Depois disso não chamaram mais (Angela)

Logo que iniciei o tratamento, pediram pra ele vir junto, fazer os exames de controle. Nós passamos tudo junto. [...] Na verdade como eu acabo pegando muito no pé dele, eu faço ele vir fazer os exames, tudo, depois não chamaram mais (Acássio).

A partir da análise do conjunto dos depoimentos dos participantes, foram construídos os marcadores de vulnerabilidade, classificados de acordo com a literatura (TAKAHASHI, 2006), nas dimensões individual, social e programática.

MARCADORES DE VULNERABILIDADE		
INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
<p>Conhecimento e significados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento sobre estratégias de prevenção combinada; -Conhecimento incorreto ou insuficiente sobre novos métodos preventivos:TTP; PreP; PEP; <p>Comportamentos e práticas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Negação do risco da transmissão sexual do HIV; -Baixa testagem ao HIV pela parceria sexual; -Uso inconsistente do preservativo masculino; -Não uso do preservativo feminino; -Parceiros casuais; -Consumo de álcool e outras drogas antes da relações sexuais - Não uso da TARV; <p>Características Pessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carga Viral Detectável 	<p>Ideologia e Cultura</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estigma: Dificuldade para revelação do diagnóstico à parceria negativa; -Desigualdade de gênero: Dificuldade de negociação do preservativo masculino pela mulher; -Construção social da masculinidade em detrimento ao cuidado com a saúde do homem; 	<p>Dinâmica da organização dos serviços</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausência de protocolo de acompanhamento para as parcerias sexuais sorodiferentes; -Centralização do uso do preservativo; -Suporte insuficiente para planejamento familiar.

Neste estudo, identificamos o predomínio de pessoas do sexo masculino vivendo com o HIV/aids, corroborando com o perfil epidemiológico da epidemia no Brasil e no mundo e com outros estudos envolvendo a temática (BRASIL, 2016; ATUJUNA et al., 2018; REIS, 2018; OLIVEIRA et al., 2017). Tal dado reforça a necessidade de intervenções e cuidados específicos que alcancem essa população.

Ademais, observamos que a formação dos casais sorodiferentes do presente estudo, foram constituídas, em sua maioria, posterior a descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, e enfrentam importantes desafios para o cuidado em saúde.

A vulnerabilidade ao HIV é um fenômeno complexo e multifatorial, e seus três eixos são interdependentes entre si, ou seja, são interligados por seus componentes, formando uma rede ou teia (FERNANDES et al., 2017; TAKAHASHI, 2006). Assim, a forma como será apresentada no presente estudo, seguiu uma sistematização com fins didáticos, mas que deve ser analisada considerando a sua relação com as três dimensões: a individual, a social e a programática.

Vulnerabilidade à transmissão sexual do HIV entre casais sorodiferente: dimensão individual

Nessa dimensão da vulnerabilidade, os principais marcadores identificados no estudo, foram reunidos em subgrupos, como proposto por Takahashi (2006), são eles: conhecimentos e significados sobre transmissão sexual do HIV; comportamentos e práticas; características pessoais e relacionais.

- **Conhecimentos e significados sobre transmissão sexual do HIV:**

Os conhecimentos e significados sobre a transmissão sexual do HIV foram definidos como marcadores da vulnerabilidade porque através deles é possível compreender como as pessoas que vivem com o vírus interpretam as informações

recebidas e como esse conhecimento adquirido exerce influência sobre seus comportamentos (TAKAHASHI, 2006).

Logo, a existência de conhecimentos incorretos ou insuficientes torna os indivíduos vulneráveis ao adoecimento, à aquisição de outras ISTs e expõe os parceiros sexuais ao vírus. Durante o presente estudo identificamos o desconhecimento sobre as estratégias de prevenção combinada da transmissão sexual do HIV.

No Brasil, a evolução do paradigma de prevenção ao HIV em direção à prevenção combinada é recente (BRASIL, 2017). A oferta conjunta de métodos preventivos (TTP para o alcance da CVI, preservativo masculino e feminino, PEP, PreP, testagem sorológica periódica, etc.), é fortemente recomendada na atualidade por criarem oportunidades reais de controle da epidemia em diferentes contextos. A disponibilidade desses métodos favorece, em âmbito individual, a proteção nos diferentes momentos da cadeia de transmissão do HIV (JONES et al., 2014; GRANGEIRO et al., 2015).

Estudos realizados no Brasil e no mundo também demonstraram conhecimento inadequado ou insuficiente entre PVHA sobre estratégias para redução da transmissão sexual do HIV (REIS et al., 2018; SAID, SEIDL, 2015; OLIVEIRA et al., 2018; PRATI et al., 2016; YOUNG; FLOWERS; MCDAID, 2015).

Durante as entrevistas, quando questionados sobre o que hoje se denomina “novas tecnologias” ou “novos métodos preventivos”, foi unânime a opinião de que o preservativo (masculino e/ou feminino) é o único método efetivo para prevenção.

Esses resultados ilustram que apesar da existência de uma gama mais ampla de ferramentas disponíveis e eficazes na prevenção do HIV, o maior desafio consiste em articular abordagens pedagógicas para que o conhecimento existente

possa ser mais bem transmitido e assimilado pelos indivíduos (PARKER et al., 2016; GRANGEIRO et al., 2015).

As evidências científicas têm demonstrado que os métodos baseados na terapia antirretroviral (TARV) são altamente eficazes contra a aquisição e a transmissão do HIV, além de estarem associados à melhora na qualidade e expectativa de vida das PVHA (COHEN et al., 2016; RODGER et al., 2016; CHANG et al., 2013).

Assim, o tratamento como forma de prevenção (TCFP ou TTP) vem sendo amplamente recomendado, especialmente após a publicação do estudo HPTN 052 que demonstrou que os índices de transmissibilidade de pessoas em TARV diminuem até 96%. Os resultados finais desse estudo mostraram uma redução sustentada de 93% após uma média de mais de cinco anos de seguimento na transmissão do HIV em casais em que o parceiro infectado pelo HIV havia iniciado a TARV precocemente (COHEN et al., 2016).

No presente estudo, identificamos descrença ou desconfiança que a carga viral indetectável (CVI) reduz o risco de transmissão sexual do HIV. Esse achado evidencia o conhecimento limitado sobre o TTP, corroborando com estudos brasileiros com PVHA no contexto da sorodiferença (REIS et al., 2018; SAID, SEIDL, 2015).

Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado na Austrália, que também constatou que muitas PVHA permanecem céticas quanto ao conceito central de que o tratamento contra o HIV reduz a transmissão do vírus (BAVINTON et al., 2016).

Reis et al. (2018) afirma que o desconhecimento sobre o TTP está associado a não busca por informações sobre estratégias de prevenção para o HIV e à ausência de orientações por parte da equipe de saúde.

Fernandes et al. (2017) aponta que entre os fatores contribuintes da vulnerabilidade ao HIV, um deles é o desconhecimento sobre informações relacionadas à prevenção.

Contudo, embora as evidências científicas atuais demonstrem a eficácia da TTP na prevenção do HIV (BRASIL, 2017), Kalichman et al. (2016) enfatizam que as reduções no risco de transmissão não serão plenamente desempenhadas na presença de outras IST coocorrentes.

É essencial informar aos indivíduos que a supressão da carga viral reduz os riscos da transmissão sexual do HIV, mas deve-se incluir na discussão a importância da adesão ao tratamento, bem como a necessidade rotineira de rastreamento adequado de outras IST, para a efetividade da TTP, e lembrar que o sucesso da prevenção consiste na associação de várias estratégias, já que nenhuma intervenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções (BRASIL, 2017).

Ademais, estudos têm demonstrado que 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).

Intervenções educativas, implementação do aconselhamento, suporte psicossocial, são algumas ferramentas potencialmente úteis para ajudar os indivíduos a conhecerem, explorarem as opções e identificarem os métodos de

prevenção que melhor se adequem às suas realidades e contextos de vidas (ZAJAC et al., 2015; KALICHMAN et al., 2016).

- **Comportamentos e práticas (modo de enfrentamento)**

O modo como as pessoas reagem frente o diagnóstico de HIV, seja ativamente, de forma passiva ou com indiferença, é determinado por condições de vida, significados sociais atribuídos à doença, acesso aos recursos disponíveis para tratamento e prevenção da transmissão do vírus e exercício dos direitos humanos e da cidadania (TAKAHASHI, 2006; CARDOSO & ARRUDA, 2004).

A pesquisa de Comportamentos Atitudes e Práticas (PCAP) demonstrou que, apesar de a população ter informações sobre as formas de prevenção da infecção pelo HIV, este aspecto não gera redução de vulnerabilidades a infecção pelo HIV e aids (MS-PCAP, 2016).

À exemplo do preservativo masculino, que mesmo tendo sido o método preventivo de maior escolha e o mais conhecido entre os participantes do estudo, 57% dos entrevistados não faziam uso de maneira consistente.

Isso ocorre porque as pessoas têm percepções de seu próprio risco mas se relacionam com eles de maneiras completamente diversas, dependendo da história de vida e contexto socioculturais em que estão envolvidos.

Ademais, a aceitabilidade e continuidade do uso do preservativo masculino, não se restringe à sua disponibilização/distribuição pelos serviços de saúde e informações sobre seu manuseio, mas envolve aspectos da vulnerabilidade individual e social.

Assim, além da capacidade de compreensão e assimilação das informações sobre prevenção e tratamento, é necessário interesse, motivação e habilidades para incorporá-las.

De acordo com Mann (1994) o fato de o indivíduo não estar suficientemente preocupado ou motivado é fator contribuinte para o aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Dessa forma, sentir medo/preocupação de infectar o parceiro pode ser considerado fator positivo para diminuição dessa vulnerabilidade.

O tipo de parceria sexual e os aspectos que envolvem o relacionamento afetivo-sexual são outros importantes elementos da vulnerabilidade à transmissão do HIV, pois os indivíduos se engajam em diversas práticas sexuais (vaginal, anal e/ou oral) de acordo com as diferentes relações estabelecidas com suas parcerias. Assim, a configuração das parcerias sexuais influencia nos tipos de comportamentos sexuais adotados, nas percepções de risco e no uso e negociação de preservativos (NOAR et al., 2012).

Nas novas configurações de relacionamento, os arranjos conjugais nem sempre envolvem monogamia e fidelidade. No presente estudo, quatro participantes revelaram ocorrência de relações sexuais com parceiros casuais durante o relacionamento atual.

Lidar com essa peculiar conjuntura tem se mostrado um grande desafio para a sociedade e, sobretudo, para os serviços de saúde.

Estudos nacionais e internacionais com PVHA que possuem simultaneamente parceria fixa/principal e casual demonstraram ter mais chances de se engajarem em relações sexuais desprotegidas quando comparadas àquelas que só tinham parceiro fixo. Logo, ter parceiro casual foi preditor de comportamento e práticas de risco (REIS, 2018; DU et al., 2015).

Um estudo multicêntrico observacional realizado com 1166 casais sorodiferentes, identificou 11 casos de transmissão do HIV entre pessoas que

tenham parceiros casuais em paralelo aos relacionamentos fixos/principais (RODGER et al., 2016).

Por outro lado, em estudos qualitativos Maksud (2009) e Said e Seidl (2015), apontaram que a dificuldade do uso do preservativo é maior entre parcerias estáveis, quando comparados a relacionamentos mais novos e casuais, corroborando com o presente estudo, em que os sujeitos que relataram ocorrência de relações sexuais casuais simultâneas ao relacionamento fixo/principal referiram uso sistemático do preservativo, nessas ocasiões.

Diferentes estudos envolvendo casais homo e heterossexuais demonstram que a não utilização do preservativo é atribuída a sentimentos de confiança, satisfação, segurança, comprometimento e desejo de intimidade, ou como fruto da construção cultural do “amor romântico”, que coloca o relacionamento acima da possibilidade de transmissão do HIV (HEILBORN, 2004; MWAKALAPUKA et al., 2017).

Em todos os casos, é essencial que durante o aconselhamento, o enfermeiro/aconselhador adote uma postura de compreensão e empatia, para que seja promovido um ambiente de confiança, em que o paciente se sinta à vontade para revelar, quando houver, a existência de parcerias casuais (fora do relacionamento fixo/principal) e dessa forma possibilite que o profissional conheça a realidade e oriente a combinação de estratégias mais adequadas para cada situação.

O psicólogo americano Carl Rogers (1981, 2005) propõe uma forma de aconselhamento menos diretiva, baseado na aceitação dos sentimentos do cliente denominada Terapia Centrada na Pessoa (ou Abordagem Centrada na Pessoa) que preconiza estabelecer um ambiente não diretivo, permissivo e de aceitação da

experiência do paciente, capaz de proporcionar a ele confiança e liberdade para estabelecer seu próprio ritmo e direção no andamento do processo de aconselhamento.

Quanto ao consumo de álcool, seu uso foi referido por 11 dos 21 participantes. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que o consumo de álcool e outras drogas está fortemente associado a adoção de comportamentos e práticas sexuais mais arriscadas, tais como, uso inconsistente do preservativo, pior adesão à TARV, diminuição das habilidades de comunicação e negociação sexual, propiciando assim maior probabilidade à aquisição do HIV.

O uso do preservativo com parceiros novos ou casuais exige uma negociação ativa e autogestão, e o consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas pode interferir a habilidade do indivíduo de fazê-la (NEMCOMB; MUSTANSKI, 2014).

Vulnerabilidade à transmissão sexual do HIV entre casais sorodiferente: dimensão social

De acordo com Takahashi (2006) esta dimensão pode ser compreendida pelo conjunto de características relacionadas ao contexto político, econômico e sociocultural que coloca os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Os marcadores da vulnerabilidade na dimensão social identificados neste estudo foram relacionados aos aspectos da ideologia e cultura, foram eles: 1. O estigma e preconceito que envolvem o contexto da infecção pelo HIV, dificultando a revelação da soropositividade à parceria sexual; 2. A construção social da masculinidade em detrimento ao cuidado com a saúde pelo homem; 3. As assimetrias de gênero, que geram barreiras para as mulheres no processo de negociação do uso do preservativo masculino com os parceiros.

- **Estigma: dificuldade na revelação do diagnóstico para a parceria sexual**

Apesar dos avanços científicos referente ao diagnóstico e tratamento, a infecção pelo HIV ainda traz consigo estigma e discriminação. Nesse sentido, a declaração do *status* sorológico positivo à parceria sexual é cercada de aspectos socioculturais, emocionais e éticos que acarretam no intenso medo da rejeição e do abandono, evidenciados em vários discursos dos participantes no presente estudo.

Embora 95,2% dos participantes do estudo tenham revelado o diagnóstico para a parceria sorodiferente, eles afirmam terem vivenciado muito entraves e dilemas. As falas dos participantes do estudo estão repletas dos repertórios de preconceito que marcaram a história da epidemia de aids no Brasil e no mundo. Essas construções, ainda hoje, são como fantasmas, assombrando suas vidas (SPINK, 2004).

Ademais, as pessoas com receio de revelar o diagnóstico, temem ser percebidas como “desviantes” ou pertencentes a “grupo de risco”, com certas identidades sociais minoritárias, taxadas por parte da sociedade como “promíscuas” (FERNANDES et al., 2017).

De acordo com Maksud (2007), como consequência das assimetrias de gênero, as mulheres soropositivas experimentam ainda mais medo do que os homens soropositivos de revelar a sorologia aos novos parceiros, por receio de rejeição e violência psicológica e física, referidas nas falas de algumas participantes.

Para alguns parceiros soronegativos, a revelação foi vivenciada como quebra de confiança e ameaça à saúde, assim, nessa perspectiva a necessidade de “confiar

para revelar” também foi encontrada nos relatos de alguns parceiros positivos, corroborando com o estudo de Paiva et al. (2011).

Para Fernandes (2013), revelar não é apenas questão racional de consciência ou responsabilidade ética, pois são fundamentais os aspectos históricos, sociais, morais e da especificidade da vida de cada casal - como, por exemplo, se os parceiros se conheciam antes ou após o diagnóstico para o HIV – que determinam a comunicação ao parceiro do resultado positivo para o HIV. Portanto, para a revelação ser feita é imprescindível, por parte da pessoa que vive com aids, administrar todos esses aspectos, o que nem sempre é tarefa fácil.

A respeito do participante do estudo, do sexo masculino que vive em relacionamento homossexual, que optou por não revelar seu status positivo ao parceiro, seu discurso demonstra seguir o raciocínio divulgado em estudo realizado nos Estados Unidos (GORBACH et al., 2004) em que traz a expressão: “Don’t ask, don’t tell” traduzido para o português como: “Não pergunte, não conte”, que pode justificar a alta incidência entre homens que fazem sexo com homens (HSH) que não revelam seu *status* sorológico para seus parceiros sexuais.

Quando questionado pela entrevistadora sobre a revelação do diagnóstico para o parceiro, Paulo afirma: *“Ele nunca perguntou! Nunca teve interesse, eu também nunca pus isso na cabeça... a gente só previne”* e completa: *“Nunca passou pela minha cabeça (revelar o status), sinceramente... mas um dia... eu sou assim, se a pessoa perguntar pra mim alguma coisa, eu não tenho nada a esconder de ninguém, eu falo, pode ser qualquer um, sabe? Então ele nunca perguntou...”*

Essa vulnerabilidade de cunho social está articulada à dimensão programática, uma vez que os profissionais da saúde deveriam fornecer suporte aos

parceiros soropositivos na difícil tarefa de revelação do diagnóstico do HIV, servindo de ponte entre pacientes e pessoas do relacionamento.

Por outro lado, para outros participantes, a revelação do resultado positivo aos parceiros produziu sentidos de apoio, afeto e solidariedade, que auxiliaram no enfrentamento da doença. Resultado semelhante foi observado por Fernandes et al. (2017).

Estudos realizados na Europa, Ásia e Américas indicam que divulgar o status sorológico contribui para diminuição do estresse e isolamento, expande apoio social e favorece a adaptação da adesão à TARV e negociação do sexo seguro (SULLIVAN, 2005).

- **A construção social da masculinidade em detrimento ao cuidado com a saúde pelo homem**

A vulnerabilidade social também aparece como resultado da construção social da masculinidade, construída e sustentada ao longo dos anos, e fruto de uma sociedade patriarcal com raízes que provém desde o início da humanidade, que coloca a figura do homem como sendo forte, dominador e invencível (Heilborn, 1994).

Essas características masculinas, de virilidade e força, representam mais um estereótipo que o homem mantém em nome da sua “masculinidade” e a concepção de “superioridade masculina” é tão forte que chega ao ponto de interferir no processo de busca pela prevenção e promoção da saúde desses indivíduos.

O cuidado com a saúde pelo homem é visto até os tempos atuais, por alguns seguimentos da sociedade, como sinal de fragilidade, acarretando na busca pelo atendimento, na maioria das vezes, somente em quadros de maior gravidade. De

acordo com a política nacional de atenção integral à saúde do homem (BRASIL, 2009), os homens adentram os sistemas de saúde predominantemente através dos níveis de atenção de média e alta complexidade.

Como consequência da ausência de hábitos de prevenção e da desvalorização do autocuidado, há um aumento da vulnerabilidade do homem à infecções e agravos.

No cenário da sorodiferença ao HIV, entre casais heterossexuais, em que no arranjo conjugal a mulher é a parceira soropositiva, denotou-se, em alguns casos, relações hierarquizadas de gênero. Trazer o parceiro soronegativo para o seguimento no SAE demonstrou, no presente estudo, ser mais difícil quando comparado às situações em que o homem é o parceiro soropositivo.

O grau de vulnerabilidade social, nesse contexto, é dependente, portanto, da maior ou menor capacidade da mulher nas negociações conjugais, e no poder de influenciar as tomadas de decisões dos parceiros. A terceirização da responsabilidade pela saúde do homem para uma figura feminina mais próxima, também foi demonstrada em outros estudos.

É preciso haver uma sensibilização dessa camada da população, desvinculando o cuidado com a saúde como algo estritamente feminino. Além disso, há uma necessidade de aperfeiçoar as políticas e ações de saúde que possibilitem compreender a realidade masculina, em seus diversos contextos socioculturais, econômicos e políticos, permitindo, dessa forma, romper obstáculos que impeçam os homens de frequentar os serviços de saúde.

- **As assimetrias de gênero: dificuldade de negociação do uso do preservativo pela mulher**

Outro exemplo da influência das assimetrias de gênero, percebidas no estudo, foram referentes as questões relacionadas à negociação do uso do preservativo masculino pela mulher.

Historicamente, os homens foram colocados como sendo naturalmente mais aptos às atividades públicas do trabalho, comércio e política e as mulheres as atividades privadas e familiares de mães e esposas (Rohden, 2002).

Essa construção de uma concepção do corpo feminino com uma natureza e papel social que priorizam o enfoque maternal e a procriação opõe-se à proposta de prevenção (MATSON et al., 2010).

Ademais, por ser um método de uso do homem, o preservativo masculino coloca a mulher em situação de desvantagem, por concedê-las pouca autonomia. Somado-se a esse fato, para muitos casais, o sexo desprotegido pode ser interpretado como intimidade e confiança, culminando em uma barreira não só para o uso do preservativo, mas também para a comunicação sobre sexo seguro em geral. (ROHDEN, 2002; VILLELA e SANEMATSU, 2003; LACROIX et al. 2013).

A dificuldade que a mulher encontra para convencer o parceiro soronegativo ao HIV em fazer uso do preservativo, é fruto do medo de discriminação/rejeição e da possibilidade de gerar conflitos e prejuízos ao relacionamento. Estas mulheres vivem o relacionamento com receio de infectar o parceiro ou de serem infectadas por eles (FERNANDES et al., 2017; MAKSUD, 2007)

Como consequência desse pensamento, estudos brasileiros (REIS et al., 2016; GARCIA et al., 2015) demonstraram menor adesão ao preservativo masculino entre as mulheres HIV-positivas quando comparadas aos homens. Resultado

semelhante foi encontrado em uma pesquisa desenvolvida na Itália que expôs a prevalência do uso inconsistente do preservativo em 44,3% das 343 mulheres entrevistadas (CICCONI et al., 2013).

Em relação ao preservativo feminino (PF), embora seja o método mais adequado e específico para o corpo da mulher, possibilitando-as empoderamento e autonomia, nenhuma participante referiu uso consistente do mesmo. Tal resultado corrobora com outros estudos voltados ao tema (REIS, 2018; VILLELA, 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

Kalckmann (2013) afirma, em estudo que investigou o uso do preservativo feminino, que as mulheres HIV positivas tiveram uma melhor adesão e por mais tempo ao método quando comparadas a mulheres soronegativas que vivem em parceria sorodiferente. Contudo, a opinião dos parceiros foi decisiva para a interrupção ou manutenção do uso do PF. Tal fato expõe o contexto das relações de gênero e da intersubjetividade entre os casais, indicando a necessidade da inclusão desses aspectos nas ações de promoção ao uso do preservativo.

Costa et al. (2014) aponta como desvantagens do preservativo feminino, o seu alto custo, pouca divulgação e a falta de familiaridade das mulheres no seu manuseio. Denotando importantes aspectos nas três dimensões da vulnerabilidade: social, individual e programática.

A maior ou menor flexibilidade de papéis de gênero entre os casais sorodiferentes é um importante determinante da vulnerabilidade à transmissão ou aquisição do HIV. Os casais que vivem em contextos de relações mais igualitárias estão, portanto, mais suscetíveis a adotarem comportamentos preventivos e reduzirem as chances da transmissão sexual do vírus (MAKSUD, 2009).

Os serviços de saúde precisam ir além da distribuição do preservativo, sendo necessário o aconselhamento, acolhimento dos casais sorodiferentes e, sobretudo, capacitação e empoderamento das mulheres para negociação e adoção de estratégias de prevenção mais convenientes ao casal.

Vulnerabilidade à transmissão sexual do HIV entre casais sorodiferente: dimensão programática

A qualidade dos serviços de saúde que assistem pessoas que vivem com HIV/aids é um dos fatores determinantes do desfecho clínico e do impacto do tratamento e prevenção da transmissão do HIV.

Nesta dimensão da vulnerabilidade, serão apresentados os marcadores identificados neste estudo referentes à lógica de atenção dos serviços de saúde, a operacionalização das ações dos profissionais e a dinâmica e organização dos serviços de atenção a PVHA.

- **Invisibilidade das necessidades das parcerias sexuais sorodiferentes:**

Os resultados analisados nesta dimensão indicam a invisibilidade da parceria sexual nas ações educativas e de diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. A maioria dos participantes relataram que o parceiro soronegativo ao HIV não era convidado para ir ao serviço de saúde, e não faz parte do foco das ações assistências dos profissionais de saúde, corroborando com outros estudos brasileiros (REIS, 2018; SILVA; CAMARGO JR, 2011; LAGO; MAKSUD; GONÇALVES, 2013).

A inclusão do parceiro HIV-negativo no cuidado com a saúde contribui para o compartilhamento da responsabilidade na gestão do risco da transmissão do HIV e

na decisão sobre quais estratégias preventivas se adequam melhor às condições e circunstâncias de suas vidas.

Reis e Gir (2010) apontam que a inexistência de atendimento específico a casais sorodiferentes nos SAE e a falta de ações preventivas contínuas é um aspecto relevante para a vulnerabilidade programática entre essas parcerias sexuais.

A proposta de abordagem ampliada à saúde das PVHA requer compreensão dos seus vínculos afetivo-sexuais, desejos, medos e dificuldades, modificando o modelo biológico clássico, centrado no manejo clínico da infecção pelo HIV, que se limita à adesão aos medicamentos e ao uso prescritivo do preservativo.

A enfermagem desempenha papel fundamental junto à equipe de saúde nos SAE e deve integrar seu conhecimento num trabalho interdisciplinar, assumindo de forma efetiva seu papel nas ações de educação em saúde e aconselhamento, considerando os aspectos psicossociais envolvidos e que vêm à tona com a vivência de relacionamentos marcados pela sorodiferença ao HIV (REIS; GIR, 2009).

A recomendação do uso da Profilaxia Pré-exposição (PreP) ao HIV para os parceiros sexuais reafirma a importância da inclusão das parcerias sexuais no controle da infecção e como alvo-chave para a educação em saúde (BRASIL, 2017).

- **Centralização do uso do preservativo**

Nos discursos sobre o uso do preservativo evidenciaram-se sentidos de vulnerabilidade produzidos pelas três dimensões: individual, social e programática.

Desde o início da epidemia de aids, a promoção do uso do preservativo tem sido a principal estratégia empregada para a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil. Esse cenário vem se modificando ao longo do tempo, na medida em que outras estratégias comportamentais e tecnologias biomédicas de prevenção começam a se mostrar efetivas e disponíveis para a população. Ainda que a

promoção do uso do preservativo continue sendo a principal estratégia de prevenção, ela não pode ser mais a única e deve ser atualizada frente às outras possibilidades de prevenção (GRAGEIRO, 2015).

Como exposto anteriormente, o Brasil dispõe de um conjunto de medidas comportamentais e biomédicas que podem e devem ser usadas de forma combinada, no sentido de prevenir a infecção pelo HIV. Como o próprio nome sugere, o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, não deve excluir ou sobrepor um método a outro (BRASIL, 2017).

Entretanto, muitos dos programas de educação em saúde, mesmo aqueles especializados no atendimento à pessoa com HIV/aids, tratam os usuários como receptores passivos das informações prescritas. Os profissionais incorporam concepções racionalistas de prevenção e esquecem as particularidades que envolvem os casais sorodiferentes (REIS, 2018).

Identificamos no presente estudo a dificuldade por parte dos próprios profissionais em adotarem um diálogo mais horizontal com os usuários de modo que permita identificar o contexto, concepções e obstáculos que envolvem o uso do preservativo e assim fornecer outras estratégias preventivas como alternativa. Segundo Fernandes (2012) essa lógica de prevenção centralizada no uso do preservativo precisa ser transformada.

Fernandes (2015) e Koff et al. (2017) concordam que o preservativo ainda é a melhor forma de prevenção da transmissão sexual do HIV. Contudo, é necessário substituir o modelo meramente prescritivo, autoritário e fora do contexto de vida das ações que envolvem o seu uso por uma lógica de gerenciamento de riscos personalizada com respeito às individualidades e dificuldades.

Camargo (2012) chama a lógica de toda e qualquer ação de prevenção passar exclusivamente pela prescrição do preservativo de “fundamentalismo do látex. Essa lógica que impõe rigidamente o preservativo nos relacionamentos sexuais, sem um diálogo para reflexão sobre as dificuldades da utilização e maneiras de superá-las ou de redução de riscos de exposição às IST e ao HIV, pode inclusive fazer com que os usuários, por receio de serem mal interpretados, não se sintam seguros para falarem a verdade ao profissional.

Uma participante do presente estudo quando questionada sobre o uso do preservativo, se endereça à entrevistadora usando a seguinte frase: *“Olha, já aconteceu, eu vou ser bem sincera, já aconteceu algumas vezes a gente não usar preservativo, [...]”*.

Essa frase indica que talvez não fale a verdade sobre o uso do preservativo para algumas pessoas. No estudo de Maksud (2003) alguns entrevistados relatam que quando não usam preservativos em todas as relações sexuais são repreendidos pelos médicos.

O profissional da saúde que percebe a dificuldade de um casal em utilizar o preservativo e a partir daí fornecer informações para minimizar os riscos, age a partir de uma lógica de redução de riscos que flexibiliza as alternativas e diminui a vulnerabilidade para o HIV (FERNANDES, 2012).

As atividades de educação em saúde e aconselhamento precisam incluir a discussão de outras estratégias de prevenção, não se limitando ao uso restrito do preservativo. É necessário incentivar os indivíduos que vivem com HIV a refletirem sobre as formas mais seguras possíveis e ajudá-los a escolherem a combinação de estratégias que funcionem de maneira mais eficaz para eles e adequada aos seus contextos, histórias de vida e práticas sexuais.

Para Rogers (2005), o profissional que demonstra compreensão, interesse e empatia pelo paciente, está a um passo de promover mudança na vida das pessoas.

Políticas baseadas na oferta conjunta e na complementaridade entre os métodos preventivos, na atenção aos aspectos psicossociais que interferem no seu uso e na redução das barreiras estruturais de acesso poderão ter maior impacto na incidência, especialmente se forem planejadas e implantadas com participação e mobilização social (GRANGEIRO et al., 2015).

- **Suporte insuficiente para planejamento familiar:**

A notícia da soropositividade representa, por vezes, a desconstrução e/ou mudanças nos projetos de vida, dentre os quais a reprodução. A preocupação mais comum é quanto à incerteza da transmissão vertical e a exposição ao vírus do parceiro soronegativo.

Entre os participantes do presente estudo, os motivos apontados para o desejo de não ter filhos estavam relacionados principalmente ao receio de expor o parceiro e/ou a criança a uma eventual transmissão do vírus ou ao fato de já terem filhos.

Estudo envolvendo 1421 PVHA na fase adulta, identificou desejo de ter filho em 28% a 29% dessa população, mas que são permeados por fatores que limitam esse desejo, entre eles, medo da transmissão vertical pelo HIV, estigma que a infecção pelo vírus ainda traz consigo, falta de conhecimento sobre técnicas de prevenção e reprodução assistida (MWAKALAPUKA et al., 2017).

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção ou sem o adequado planejamento e seguimento (WHO, 2016), encontra-se por volta de 15% a 45%. No entanto, em gestações planejadas, mediante intervenções preventivas

específicas, realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de TV pode cair para níveis entre zero e 2% (MS, 2018).

O desejo de ter filhos deve, portanto, ser discutido nos atendimentos, visando proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério. As intervenções de planejamento reprodutivo devem ser individualizadas de acordo com cada situação apresentada, levando-se em conta as vulnerabilidades sociais e individuais.

Para a concepção, deve ser ofertada orientação desde o período de planejamento reprodutivo até o pré-natal, parto e puerpério, com informações sobre estratégias de redução da transmissão vertical do HIV e outras IST, bem como para as parcerias sexuais.

Contudo, em estudo desenvolvido no Brasil, Silva e Camargo Jr (2011) demonstraram que alguns casais sorodiferentes, não são informados pelos profissionais de saúde sobre a possibilidade de reprodução assistida segura e acabam tendo filhos “sem querer”, expondo a criança e o parceiro negativo ao HIV.

No presente estudo, um participante do sexo masculino referiu o desejo de ter filho, em comum acordo com sua esposa soronegativa, sem uso de tecnologias reprodutivas de proteção da transmissão do HIV.

Nesse caso a equipe de saúde deveria oferecer informações precisas sobre a possibilidade de concepção natural planejada, que consiste em relações sexuais sem preservativo apenas no período fértil da mulher, enfatizando a importância da excelente adesão à TARV pelo parceiro positivo, monitoramento da CV indetectável, pelo menos dos últimos seis meses, rastreamento de IST negativo para ambas as

parcerias (Vernazza, 2008; Vernazza, 2016) e ausência de práticas sexuais de risco com outras parcerias sexuais.

O Ministério da Saúde (2018) salienta o direito de autonomia dos sujeitos com relação às suas práticas sexuais e decisão reprodutiva, sobre ter ou não ter filhos, livres de violência, coerção, discriminação ou qualquer outra restrição.

Todavia, é fundamental que as parcerias sexuais recebam informações suficientes para que possam tomar decisões conscientes sobre os benefícios e riscos relacionados às opções de concepção, de acordo com suas características individuais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a vulnerabilidade à transmissão sexual do HIV entre parcerias afetivo-sexuais sorodiferentes, atendidos em dois serviços especializados (SAE) em HIV no município de Ribeirão Preto-SP.

A vulnerabilidade ao HIV é um fenômeno complexo e multifatorial, e seus três eixos (individual, social e programático) estão interligados entre si. Identificar os marcadores de vulnerabilidade nessas três dimensões possibilita sinalizar aspectos prioritários para intervenções voltadas à esses indivíduos.

Os principais marcadores de vulnerabilidade encontrados na dimensão individual foram: conhecimentos incorretos ou insuficientes sobre novos métodos preventivos, entre os quais PEP, PrEP e uso do tratamento como prevenção; desconhecimento sobre a lógica da prevenção combinada; uso inconsistente do preservativo masculino; ter parceiros casuais além do fixo/principal; uso de álcool e outras drogas antes da relação sexual.

Na dimensão social verificou-se: desigualdades de gênero que coloca a mulher em desvantagem na negociação de estratégias de prevenção; estigma e preconceito relacionados ao viver com HIV, dificultando a revelação da soropositividade à parceria sexual; e a construção social da masculinidade em detrimento ao cuidado com a saúde do homem.

Na dimensão programática observou-se ausência de protocolo para acompanhamento da parceria soronegativa, pouca visibilidade das parcerias sorodiferentes, déficit nas ações de orientação sobre novas tecnologias de prevenção da transmissão sexual do HIV, centralização do uso do preservativo, baixa testagem para o HIV pela parceria sorodiferente, suporte insuficiente de planejamento familiar, baixa oferta de atividades de educação em saúde.

Estes resultados reforçam a necessidade de aprimorar as ações educativas, o aconselhamento, fornecer suporte psicossocial, incluir o parceiro HIV-negativo na dinâmica dos serviços de saúde, a fim de minimizar as dificuldades vivenciadas pelos casais sorodiferentes e reduzir as vulnerabilidades desses indivíduos.

Os avanços da terapia medicamentosa e as evidências mais recentes da sua efetividade na prevenção contra a aquisição e a transmissão do HIV, têm gerado novos paradigmas de enfrentamento da epidemia e os casais sorodiferentes desempenham importante papel na manutenção dessa epidemia global.

O maior desafio consiste em articular abordagens pedagógicas para que o conhecimento existente possa ser adotado da melhor forma e assimilado pelos indivíduos.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou como limitação o recrutamento e entrevista de apenas um dos parceiros, dada a dificuldade de trazer aos serviços de saúde o parceiro soronegativo ao HIV, o que permitiu compreender a vulnerabilidade ao HIV sob o ponto de vista de apenas um dos parceiros da díade, o parceiro HIV-positivo.

Contudo, os resultados encontrados permitiram identificar importantes marcadores de vulnerabilidade ao HIV entre esses casais que vivem no contexto da sorodiferença.

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.

AYRES, J.R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**, Rio de Janeiro, v. 2, s/n, p.121-144, 2003.

AYRES, J.R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/aids. *American Journal of Public Health*, Rio de Janeiro, v.96, n. 6, p. 10001-6, 2006.

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.

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.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 229 p , 2011.

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.

BERTOLOZZI, M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Escola de Enferm USP**, São Paulo, v.43 (Esp 2), s/n, p. 1326-30, 2009.

BOYD, M. Universal access to HIV care including antiretrovirals. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 7, p. 562, 2012.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do hiv: Bases conceituais para profissionais, Trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

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

CHANG, L.W.; SERWADDA, D.; QUINN, T.C.; WAWER, M.J.; GRAY, R.H.; REYNOLDS, S.J. Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects. **Lancet Infect Dis** 2013; 13(1): 65-76.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Kaposi sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual male residents of New York city and California. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.30, p.305-8, Jun. 2001.

COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; MCCAULEY, M.; GAMBLE, T.; HOSSEINIPOUR, M.C.; KUMARASAMY, N.; et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **Massachusetts: The New England Journal of Medicine**. July 18; 365(6): 2011.

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.

DOUGLAS, M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. **Barcelona: Paidós Ibérica**; Buenos Aires: Paidós; 1996.

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-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.

FERNANDES, N.M. et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 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.

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.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma pesquisa de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 121-31, 1999.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. **New York: Aldine de Gruyter**; 1967.

GORBACH, P.M.; GALEA, J.T.; AMAMI, B.; SHIN, A.; CELUM, C.; KERNDT, P.; et al. Don't ask, don't tell: patterns of HIV disclosure among HIV positive men who have sex with men with recent STI practising high risk behaviour in Los Angeles and Seattle. **Sex Transm Infect** 2004; 80:512-7. (V social)

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

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: an integrative review of living with a sexually transmitted disease: an 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

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: Clinics in Office Practice**. v. 41, n. 2, p. 215–237, 2014.

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.

JONES, A.; CREMIN, I.; ABDULLAH, F.; IDOKO, J.; CHERUTICH, P.; KILONZO, N.; et al. Transformation of HIV from pandemic to low-endemic levels: a public health approach to combination prevention. **Lancet** 2014; 384(9939): 272-9.

KALICHMAN, S. C., et al., Sexual Behaviors and Transmission Risks Among People Living with HIV: Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. **Archives 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.

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.

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.

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.

LOYOLA, M.A. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: Aids e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas. Loyola, M.A (Org.). **Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ**; 1994. p.19-72.

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.

MANN, J. et al. (Orgs.). A AIDS no mundo. Ed. brasileira coordenada por PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. **Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará/ABIA/IMS- UERJ**; 1994.

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.

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.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco**, 1993.

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

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 22 de Mar 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.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. A AIDS no Brasil. **Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ**; 1994.

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.

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.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Período 2018-2021**. Ribeirão Preto- SP, 2013. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

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.

SANTOS, F.M. Resenha: análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Educação. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1. Brasília, maio de 2012.

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.

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.

SEFFNER, F; SILVA, C.G.M.; MAKSUD, I.; GARCIA, J.; RIOS, L.F.; NATIVIDADE, M.; BORGES, P.R.; PARKER, R.; TERTO JUNIOR, V. Respostas religiosas à Aids no Brasil: Impressões de pesquisa acerca da pastoral de DST/Aids da Igreja Católica. Porto Alegre: **Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião**, ano 10, n. 10, p. 159-180, outubro de 2008.

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.

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

SULLIVAN, K.M. Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. **J Assoc Nurses AIDS Care** 2005; 16:33-47.

TAKAHASHI, R. F. **Marcadores de vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS**. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em AIDS. In: **Parker R. Políticas Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA Jorge Zahar Editor; 1997.

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

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).

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

APÊNDICE 1

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 e ter parceria fixa sorodiscordante para o HIV

Data da Entrevista

Ribeirão Preto
2017

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1. Sexo atribuído ao nascimento?

 Feminino Masculino

2. Data de Nascimento?

____/____/____

3. Procedência?

 Ribeirão Preto Outra _____

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 Não

10. Mora com parceiro (a)?

 Sim Não

11. Categoria de exposição?

 Heterossexual Homossexual Bissexual Transfusão TV Não sabe UDI

12. 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

13. Renda mensal da família (Valor Bruto)

_____ (Somar todos os rendimentos)

14. Renda individual

8. Número de filhos _____

9. Qual religião?

- Católico Protestante Espírita cardecista
Espírita/Ubanda Testemunha de Jeová
Outro

Obs.: _____

15. Número de pessoas que moram no mesmo domicílio?

16. Hábito tabagista?

- Sim Não

17. Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?

_____ (Meses/Anos)

19. Há quanto tempo faz uso de TARV?

_____ (Meses/Anos)

18. Faz uso de TARV?

- Sim Não

20. Faz uso de outros medicamentos

- Sim Não QUAIS _____

DADOS DO PRONTUÁRIO (Medicação/Exame Laboratorial)

21. Uso de medicamentos:

22. Comorbidades

23. Teve algumas destas infecções?

- HPV Tricomoníase
 Sífilis Herpes Gnital
 Gonorreia

24. Teve algumas destas Doenças crônicas?

- Diabetes Depressão
 Lipodistrofia HAS
 Dislipidemia
 Dislipidemia

25. CD4 _____ mm³

26. CARGA VIRAL _____ cópias/ml

27. CD4 Data (___/___/___)

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

29. Se USA TARV. Verifique:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Abacavir | <input type="radio"/> Efavirez | <input type="radio"/> Enfuvirtida |
| <input type="radio"/> Biovir | <input type="radio"/> Fusamperenavir | <input type="radio"/> Saquinavir |
| <input type="radio"/> Didanosina | <input type="radio"/> Raltegravir | <input type="radio"/> Lamivudina |
| <input type="radio"/> Darunavir | <input type="radio"/> Leopinavir | <input type="radio"/> Tenofovir |
| <input type="radio"/> Atazanavir | <input type="radio"/> Indinavir | <input type="radio"/> Zidovudina |
| <input type="radio"/> Estavudina | <input type="radio"/> Ritonavir | <input type="radio"/> Nevirapina |

APÊNDICE 2

Roteiro para Entrevista

1. Constituição do relacionamento afetivo-sexual;

- Moram juntos?
- Conheceu o parceiro antes ou depois do diagnóstico para o HIV?
- Parceiro tem conhecimento do seu diagnóstico da infecção para o HIV?
Se sim, qual foi a reação? Quando contou?

Se não, por que não contou?
- Impacto da descoberta da soropositividade na sexualidade do casal;

2. Como é conviver com parceiro soronegativo?

- Sentimentos
- Práticas sexuais (anal receptivo/incerto, vaginal receptivo/incerto, oral)
- Frequência
- Fissuras anais?
- Uso de álcool e/ou outras drogas concomitante;
- Medo de transmitir o HIV?

3. Uso do preservativo;

- Modo de usar;
- Dificuldades/facilidades;
- Como é o acesso?
- Acidentes ocorridos;
- Opinião do parceiro quanto ao uso;
- Uso de lubrificante;
- O que acha da camisinha feminina;

4. Prevenção combinada;

- Uso de outras técnicas de proteção da transmissão sexual
- Realiza Prep, Pep?
- Realiza coito interrompido?
- Avalia carga viral para ter relação sexual sem preservativo?

5. Relação sexual extra conjugal?

- Se sim, como ocorre?
- Frequência;
- Uso de preservativo;
- Conhecimento da sorologia do parceiro casual;
- Uso de álcool e/ou outras drogas concomitante;

6. Presença de DST atual (individual e do parceiro)/Tratamento;

7. Desejo de ter filhos;**8. Oferta dos Serviços de Saúde;**

- Parceiro já foi convidado ao serviço?
- Já foram atendidos como casal?
- Recebe orientação sobre testagem periódica do parceiro?
- Realiza teste para HIV com que frequência?
- Profissional da saúde falou sobre a Pep/Prep? Sugeriu uso?
- Participação em atividades educativas (Ex: grupo de adesão);

9. Conhecimento sobre o HIV/aids.

- Qual a prática sexual de maior risco de transmissão do HIV;
- Conhece Pep/Prep;

10. Redes sociais;

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Jamille Guedes Malta Argolo, sou enfermeira e mestranda do programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título “**VULNERABILIDADE DE CASAIS SORODISCORDANTES VIVENDO NO CONTEXTO DA INFECÇÃO PELO 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 entre casais sorodiscordantes. Para participar você terá que responder algumas perguntas por meio de uma entrevista individual, em sala do próprio ambulatório, antes ou após a consulta médica, pela própria pesquisadora. As entrevistas serão realizadas em apenas um encontro de 30 a 40 minutos e, para não esquecer suas respostas, irei gravar a entrevista. Além disso, precisarei consultar seu prontuário para obter dados dos exames laboratoriais (resultados de CD4 e carga viral) e peço 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. 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. Nenhum benefício direto está relacionado à sua participação, contudo ao participar você poderá estar ajudando nas pesquisas sobre prevenção ao HIV entre casais sorodiscordantes. Além disso, você receberá, ao final da sua entrevista, orientações e aconselhamento em prevenção/redução de riscos, concepção e contracepção de forma geral. Os resultados poderão contribuir na melhoria das ações na assistência à saúde. Para isso, realizarei perguntas sobre seus dados pessoais, comportamentais (orientação e práticas sexuais, uso do preservativo, consumo de álcool e outras drogas, etc), conhecimento sobre o risco da transmissão sexual do HIV, oferta dos serviços 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 Ribeirão Preto. Garantimos que o(a) senhor(a) receberá uma via deste termo assinada, onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, 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 envolvem 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) 3315.9197 E-mal: cep@eerp.usp.br Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 8 às 17 horas

Jamille Guedes Malta Argolo – Pesquisadora
E-mail: jamilleargolo@usp.br Cel: (82) 996372743

Renata Karina Reis – Orientadora
E-mail: rkreis@eerp.usp.br Tel: (16) 33153421

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 1



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF. 4454/16- GS

RG/r

Ribeirão Preto, 10 de NOVEMBRO de 2016.

Senhora Orientadora,

Informo que os GERENTES DOS CENTROS DE REFERÊNCIAS DST/AIDS da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Ribeirão Preto, SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas unidades referidas na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "VULNERABILIDADE DE CASAIS SORODISCORDANTES VIVENDO NO CONTEXTO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.", sob a responsabilidade da PROFª DRª RENATA KARINA REIS.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,


Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssima Senhora

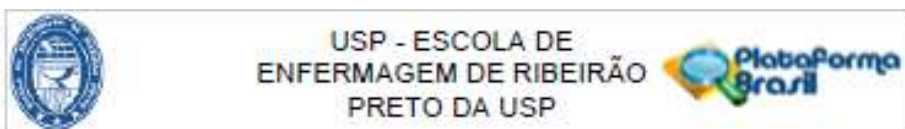
PROFª DRª RENATA KARINA REIS

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

EERP-USP

NESTA

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade de casais sorodiscordantes vivendo no contexto da Infecção pelo HIV/AIDS

Pesquisador: Jamily Guedes Malta Argolo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64790717.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.170.396

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de pendência

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi encaminhado ao CEP ofício contendo as alterações realizadas:

a) O TCLE em formato de convite, as alterações ficaram marcadas em letra vermelha para melhor identificação do CEP: A linguagem foi adequada para melhor compreensão dos usuários e ficaram explícitos que no decorrer da entrevista seriam tratados temas como: opção sexual, hábitos sexuais, uso de álcool e outras drogas, e caso o participante deseje poderá se recusar a responder quaisquer perguntas que julgar inconveniente ou inapropriada;

b) Os riscos e benefícios que estavam descritos na plataforma Brasil e no TCLE foram incluídos no projeto, também marcados com letra vermelha para melhor identificação do CEP;

Endereço: BANDERANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-0197 E-mail: cep@erp.usp.br