UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

ANA LURDES CHARNOSKI

EPIDEMIOLOGIA DO HIV: MARCADORES LABORATORIAIS E PERCEPÇÃO DO RISCO NO MUNICIPIO DE PINHÃO-PR

DISSERTAÇÃO DE

MESTRADO

IRATI/2019

ANA LURDES CHARNOSKI

EPIDEMIOLOGIA DO HIV: MARCADORES LABORATORIAIS E PERCEPÇÃO DO RISCO NO MUNICIPIO DE PINHÃO-PR

Exame de Defesa apresentado à Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPIDC), para a obtenção de Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro.

Irati, 2019

Charnoski, Ana Lurdes
Epidemiologia do HIV: marcadores laboratoriais e percepção do risco no município de Pinhão - Pr / Ana Lurdes Charnoski. -- Irati-Pr, 2019.
51 f. : il

Orientadora: Emerson Carraro.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós- graduação Interdiciplinar em Desenvolvimento Comunitário) -- UNICENTRO - Universidade Estadual do Centro Oeste, 2019.

1. HIV. 2. Prevenção. 3. Percepção. 4. Comunidade.
5. Riscos. I. Carraro, Emerson

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA LURDES CHARNOSKI

EPIDEMIOLOGIA DO HIV: MARCADORES LABORATORIAIS E PERCEPÇÃO DO RISCO NO MUNICÍPIO DE PINHÃO - PR

Dissertação aprovada em 26/03/2019 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro
Instituição: UNICENTRO

Prof. Dr. Marcos Ereno Auler
Instituição: UNICENTRO

Prof. Dr. Aripuanã Sakurada Aranha Watanabe
Instituição: UFJF

Guarapuava, 26 de março de 2019

Dedico esse trabalho ao meu filho Hanyel, pois devido a este ser me tornei a mulher batalhadora que sou hoje. E ao meu esposo pela paciência durante minhas horas de estudo.

AGRADECIMENTOS

Para que eu conseguisse concretizar meu sonho em ser mestre, inicialmente meu primeiro contato foi com meu orientador Emerson Carraro, o qual prontamente se disponibilizou em me ajudar.

Aos meus amigos (as) que compartilharam comigo deste momento em que encerro mais um ciclo da minha vida e a minha família, esposo e filho queridos, que sempre me incentivaram a estudar, tendo a paciência para comigo.

E tenho um agradecimento especial ao escritor Alcio Braz, onde obtive o privilégio de em um passeio ocasional encontrar em uma livraria o seu livro “O grande silêncio”, este livro é especial, pois entrou na minha vida em um momento bem propicio, de correria, angústia, a qual vivenciei conseguindo me silenciar de tudo e ter a concentração e dedicação necessária a esta pesquisa.

A REALIDADE É ILIMITADA, FAÇO VOTO DE PERCEBÊ-LA.
(Bodhisattava)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....P.1

Epidemiologia da AIDS/HIV..... P.1-4

Sinais e sintomas..... P.4-5

Transmissão e fatores de risco..... P.5-6

Diagnóstico..... P.6

Prevenção..... P.6-7

Terapia Antiretroviral..... P.7-9

Controle de carga viral e CD4..... P.8-9

Comportamento sexual..... P.9

OBJETIVOS..... P.9

METODOLOGIA..... P.9-12

RESULTADOS E DISCUSSÃO..... P.13-35

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... P.35-36

REFERÊNCIAS..... P.37-42

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida (*Acquired Imunnodeficiency Syndrome*)
ART	Antiretroviral
COMEPE	Comitê de Ética e Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunedeficiency Virus*)
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEP	Pôs-exposição
PrEP	Profilaxia pré-exposição
SINAN	Sistema de Informação de Notificações e Agravos Nacional
TARV	Terapia antiretroviral
TCD4	Subpopulação de Linfócitos T que possui *Cluster Differentiation*
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)*
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1	Distribuição anual, incidência de casos de HIV e óbitos por ano de diagnóstico notificados no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018.	P.13
Tabela 1	Características dos casos notificados de HIV no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018.	P.15
Tabela 2	Acompanhamento dos casos notificados de HIV no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018, quanto à contagem de linfócitos CD4 e carga viral, desde o diagnostico até um ano de TARV.	P.18
Gráfico 2	Freqüência de casos de HIV segundo avaliação de linfócitos T CD4 desde o diagnóstico ate 1 ano de uso de TARV, no período de 2008 a 2018.	P.20
Gráfico 3	Freqüência de casos de HIV segundo avaliação de carga viral desde o momento do diagnostico ate 1 ano de uso de TARV no período de 2008 a 2018.	P.21
Tabela 3	Respostas as perguntas fechadas nos dois grupos* estudados.	P.22
Tabela 4	Resumo das respostas abertas obtidas no grupo I*.	P.27
Tabela 5	Resumo das respostas abertas obtidas no grupo II*.	P.32

RESUMO

CHARNOSKI, Ana L. **Epidemiologia do HIV: marcadores laboratoriais e percepção do risco no município de Pinhão - Pr.** 2019. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, Irati/PR, 2019.

Introdução: O HIV causador da imunodeficiência humana contínua sendo a quinta maior causa de mortalidade no mundo acometendo principalmente mulheres jovens. A terapia com antiretrovirais, associada ao controle de carga viral e linfócitos CD4, somados ao apoio profissional e familiar contribuem para integralização do cuidado, aumentando as chances de sucesso do tratamento. Comportamentos de risco são fatores que influenciam na transmissão, estudos voltados à análise interdisciplinar do HIV, têm-se demonstrado importante na abordagem junto à comunidade, pois problemas existentes podem ser intensificados a partir do diagnóstico de infecção pelo HIV. Mudanças quanto ao nível de comportamento e de risco populacional é fundamental na prevenção de contágio. **Objetivo 1:** Na primeira etapa do estudo foi descrito o perfil epidemiológico e avaliado a evolução do acompanhamento laboratorial através da carga viral e da contagem de linfócitos CD4, desde o momento do diagnóstico até 1 ano após a instituição do tratamento antiretroviral, dos pacientes notificados no município de Pinhão – PR, durante o período de 2008 a 2018. **Objetivo 2:** Na segunda etapa do estudo foi comparado a percepção de risco e o enfrentamento da doença por parte de quem vive com o HIV com quem não tem HIV. **Metodologia:** Estudo quantitativo para levantamento de características individuais em relação ao perfil demográfico, social, econômico e educacional, e correlações entre os atendimentos e a quantificação de carga viral e contagem de células CD4, desde o diagnóstico até 1 ano após a instituição de TARV. Quanti-Qualitativa de forma interpretativa ou microssociológica do discurso livre relacionados ao HIV. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da UNICENTRO, parecer 2.813.907. **Resultados e discussão:** Na primeira etapa do estudo em relação ao período estudado foram notificados 41 casos de HIV/AIDS no município de Pinhão - PR, com incidência variando de zero a 26,48/100.000 habitantes. Os casos de HIV prevaleceram entre o sexo feminino, de cor parda, heterossexuais, com baixa escolaridade e que residem em área urbana do município. A maior quantidade de casos foi diagnosticada em tempo oportuno quando comparados aos que apresentavam já alguma doença oportunista relacionado à baixa imunidade. Houve importante perda de casos por transferência de município, mas naqueles seguidos percebeu-se uma melhora gradativa após a instituição da terapia antiretroviral, quanto à redução da carga viral e aumento de linfócitos CD4, pelo período de 1 ano após o início do tratamento. Na segunda fase da pesquisa em relação aos dois grupos estudados houve também a prevalência de mulheres com nível escolar e econômico baixo. Apresentaram falta de entendimento quanto ao HIV e da importância da prevenção com o uso de preservativo. A presença de fatores de risco esteve presente tanto para o primeiro grupo que tinha HIV em transmitir a doença e adquirir novas IST's, como também para o segundo grupo que não tinha HIV em se contaminar. Evidenciou-se que quanto às experiências vividas pelos portadores de HIV houve a não aceitação da

doença, dificuldades de adesão a TARV devido efeitos colaterais e sentimentos de insegurança social e econômica. Por outro lado também demonstraram sentimentos de melhorias quanto ao auto cuidado como abandono de vícios e melhora no relacionamento familiar, o que ameniza o sofrimento de viver com HIV, porém grande parte demonstrou insegurança quanto ao futuro dos filhos. **Considerações finais:** Descrevemos uma alta prevalência de casos e falhas de seguimento dos pacientes no município por mudança dos mesmos, embora que os pacientes acompanhados pelo serviço de saúde especializado demonstraram melhora nos marcadores de CD4 e carga viral decorrente da boa adesão e resposta a terapia antiretroviral, o que é primordial para redução de doenças oportunistas, da mortalidade e no controle da transmissão da AIDS. Estimular a percepção das pessoas é necessário e com maior intensidade a fins de reduzir vulnerabilidade e riscos de exposição ao HIV, pois está estreitamente relacionado a fatores educacionais e econômicos. Políticas públicas eficientes e voltadas para melhoria nas condições de vida podem gerar impacto positivo na redução da transmissão do HIV.

Palavras-chave: HIV, Prevenção, Comunidade.

ABSTRACT

CHARNOSKI, Ana L. **Epidemiology of HIV: laboratory markers and risk perception in the municipality of Pinhão-Pr.** 2019. Master's Dissertation in Community Development. State University Centro Oeste – UNICENTRO, Irati/PR, 2019.

Introduction: HIV causes continuous human immunodeficiency being the fifth largest cause of mortality in the world, mainly affecting young women. Antiretroviral therapy, associated with control of viral load and CD4 lymphocytes, added to professional and family support contribute to the payment of care, increasing the chances of treatment success. Risk behaviors are factors that influence transmissions, studies focused on the interdisciplinary analysis of HIV, have been shown to be important in the approach to the community, since existing problems can be intensified from the diagnosis of HIV infection. Changes in the level of behavior and population risk are fundamental in the prevention of contagion. **Objective 1:** In the first stage of the study the epidemiological profile was evaluated and the evolution of laboratory follow-up through viral load and CD4 lymphocyte counts from the time of diagnosis up to one year after the institution of antiretroviral treatment was evaluated in patients notified in the municipality of Pinhão - PR, during the period from 2008 to 2018. **Objective 2:** In the second stage of the study was compared the perception of risk and coping with the disease by those living with HIV with those who do not have HIV. **Methodology:** A quantitative study was carried out to collect individual characteristics in relation to the demographic, social, economic and educational profile, and correlations between the visits and the quantification of viral load and CD4 cell counts from diagnosis to 1 year after the institution of ART. Quantitative-qualitative method of interpretative or microsociological form of HIV-related free speech. This research was approved by the Committee of Ethics and Research involving human beings of UNICENTRO, opinion 2.813.907. **Results and discussion:** In the first stage of the study, 41 HIV / AIDS cases were reported in the municipality of Pinhão - PR, with incidence varying from zero to 26.48 / 100,000 inhabitants. HIV cases prevailed among females, of a brown color, heterosexual, with low schooling and who live in an urban area of the municipality. The greatest numbers of cases were diagnosed in a timely manner when compared to those who already had some opportunistic disease related to low immunity. There was an important loss of cases due to transfer of municipality, but in those followed a gradual improvement after the institution of the antiretroviral therapy, reduction in viral load and increase in CD4 lymphocytes for 1 year after initiation of treatment. In the second phase of the research in relation to the two groups studied there was also the prevalence of women with low school and economic level. They lacked understanding about HIV and the importance of condom prevention. The presence of risk factors was present for both the first group who had HIV in transmitting the disease and acquiring new IST's, as well as the second group that did not have HIV in getting infected. It was evidenced that in the experiences lived by HIV patients there was non-acceptance of the disease, difficulties in adherence to ART due to side effects and feelings of social and economic insecurity. On the other hand, they also showed feelings of improvement regarding self care as abandonment of addictions and improvement in family relationships, which alleviates the suffering of living with HIV, but much of it has shown insecurity about the future of the children. **Final**

considerations: We describe a high prevalence of cases and failures of follow-up of patients in the city due to their change, although the patients accompanied by the specialized health service showed an improvement in CD4 markers and viral load due to the good adhesion and response to antiretroviral therapy, which is paramount for reducing opportunistic diseases, mortality and controlling AIDS transmission. Stimulating people's perceptions is necessary and more intense in order to reduce vulnerability and risks of exposure to HIV because it is closely related to educational and economic factors. Políticas públicas eficientes e voltadas para melhoria nas condições de vida podem gerar impacto positivo na redução da transmissão do HIV.

Key words: HIV, Prevention, Community.

1 INTRODUÇÃO

Epidemiologia da AIDS/HIV

HIV é o vírus da imunodeficiência humana que tem a capacidade de se replicar nos linfócitos T CD4+, células essenciais para o funcionamento do sistema imunológico (ALQUDAH; YASEEN; YASEEN, 2016), e assim causar a síndrome da imunodeficiência adquirida, AIDS, o que facilita a instalação de outras doenças oportunistas e conseqüentemente o óbito do pacientes (MOURA; FARIA 2017).

O HIV é transmitido através da exposição de superfícies mucosas ao vírus através de líquidos biológicos e derivados do sangue, durante o contato sexual. Não existe vacina protetora disponível e a doença não é curável pela terapêutica disponível (XU; WANG; VEAZEY, 2013), gradativamente vem diminuindo sua incidência. Contribuem diretamente para esta queda o aumento do acesso à terapia combinada e intervenções de prevenção (VERMUND; HAYES, 2013).

Apesar dos avanços no tratamento, a AIDS continua sendo a quinta causa de mortalidade entre adultos e entre as mulheres jovens. A Organização das Nações Unidas publicou um estudo, com dados de 2016, relatando que entre as 10 principais causas de morte em países de baixa renda estão às infecções do trato respiratório, doenças diarréicas, doenças cardiovasculares isquêmicas, HIV/AIDS, acidente vascular cerebral, malária, tuberculose, seguidas das complicações do nascimento prematuro, asfixia e trauma no nascimento, e acidentes de transito. Enquanto que em países de alta renda menos de 7% das mortes foram devidas a essas causas, sendo as doenças não transmissíveis causas de 71% das mortes no mundo, variando de 37% em países de baixa renda a 88% em países de alta renda(ONU, 2013).

Estima-se que, em 2017, um total de 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com HIV e 21,7 milhões de pessoas (59%) receberam tratamento antiretroviral (WHO, 2018). A terapia precoce controla o vírus e ajuda a prevenir a transmissão, o que fornece benefícios imunológicos e virológicos (PASSAES; SÁEZ-CIRIÓN, 2014).

Em 2014 cerca de 2 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV na América Latina e no Caribe, linhas estratégicas de ação devem ser implementadas

para melhorar e ampliar a prevenção e o controle do HIV e IST's nas Américas (UNAIDS, 2016).

Devido ao HIV ser transmitido por contato com componentes sanguíneos e fluído derivados, principalmente transmissão sexual, a epidemia concentra-se principalmente nas populações-chave, sendo as pessoas transgênero, os homossexuais masculinos e outros homens que fazem sexo com homens, e que praticam comportamentos sexuais de risco (TAYLOR et al., 2017). Neste sentido, acrescentam-se os profissionais do sexo (independentemente do gênero) e outros homens e mulheres que fazem sexo em troca de dinheiro ou mercadorias, usuários de drogas injetáveis e, em alguns países, as populações indígenas (NEWMAN et al., 2015).

Estas populações-chave continuam enfrentando um ônus considerável de estigma e discriminação, tanto no âmbito da comunidade como nos serviços de saúde, em algumas regiões a prevalência de casos estão aumentando no sexo feminino, e pode estar relacionado às desigualdades de gênero, e maior exposição à violência sexual, que também as impede de realizar o teste de HIV e acessar os serviços de saúde (UNICEF, 2017).

A evolução do tratamento ofertado aos pacientes, junto a avaliação de sua efetividade através do acompanhamento laboratorial, como a contagem de linfócitos e carga viral do vírus, tem garantido maior expectativa de vida aos pacientes com HIV. Assim, a infecção por HIV tem tido uma história única na saúde, foi à primeira experiência epidêmica global para muitos profissionais de saúde. O curso da vida do HIV foi cientificamente e sensacionalmente documentado através de tratamentos, campanhas ativistas e a evolução de prognósticos de sobreviventes. (MAY; GOMPELS; SABIN, 2012).

Estratégias de prevenção devem ser ampliadas de forma que envolvam a comunidade no âmbito da educação e aconselhamento para promover a conscientização sobre o HIV e redução de comportamentos de risco (SALAM et al., 2014).

O documento CDC 55/2014, do 55º Plano Diretor e 68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, estabelece metas de ação

para a prevenção e controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis, onde um dos itens prevê adaptar a prestação dos serviços de HIV/IST com abordagens centradas na pessoa e na comunidade (OPAS, OMS, 2016).

No Canadá, uma pesquisa de experiências vividas relacionados ao HIV, sugeriu a análise de questões éticas para transformar o olhar coletivo para além das fronteiras construídas com relevância comunitária (GUTA et al., 2014).

Na Coréia, determinou-se quanto à qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas vivendo com HIV, intervenções devem ser focados em fornecer comunicação interativa para melhorar a autogestão da doença (KIM et al., 2018).

Mesmo com a ampliação do programa da AIDS no Brasil, estima-se que 15% dos indivíduos com HIV desconhecem seu status, com um atraso médio de 3 anos a partir do diagnóstico até a entrada em cuidados (WARREN et al., 2018). Este é um dos aspectos que dificulta o controle da epidemia nacional. Desde 1980 até junho de 2017, foram registrados 576.245 (65,3%) casos de AIDS em homens e 306.444 (34,7%) em mulheres (MS, 2017).

Com a detecção do HIV se apresentando estável, nos últimos anos, em torno de 20 casos a cada 100 mil habitantes (COELHO, 2017) o coeficiente de mortalidade também está reduzindo, em 2003 era de 6,4 casos por cada 100 mil habitantes, caindo para 5,5 por 100 mil habitantes em 2012. Medidas efetivas de prevenção da transmissão do HIV devem idealmente enfatizar a dignidade humana, a responsabilidade, a participação voluntária e o empoderamento através do acesso à informação, serviços e sistemas de apoio (MS, 2017).

As promoções de discussões sobre o HIV, saúde sexual e reprodutiva, através de forma natural de comunicação, trouxeram mudanças quanto ao nível de comportamento de risco populacional, pois conscientizar as pessoas com HIV de participar das ações e projetos é fundamental na prevenção de contágio. Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com HIV em municípios de pequeno e médio porte ainda são desconhecidos, havendo a necessidade de estudá-los (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013).

As dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV/AIDS

(MEIRELLES et al,2016).

O HIV desencadeia impacto social, financeiro e psicológico, que marcam a vida da pessoa infectada. Alguns pesquisadores sugerem abordagem centrada no paciente para enfrentar os desafios sociais e estruturais multifacetados que as pessoas com HIV enfrentam na jornada da infecção para o cuidado (COOK et al., 2015). Com o diagnóstico da infecção pelo HIV, muitas vezes pode ocorrer a intensificação dos problemas existentes, contribuindo para sua vulnerabilidade à pobreza, e sugestões para possíveis intervenções a fim de minimizar os impactos nocivos e o estigma dentro da sociedade, o local de trabalho e os ambientes de cuidados de saúde são destacados (ISMAIL; EISA; IBRAHIM, 2016).

As intervenções direcionadas para a comunidade baseiam-se em valores e normas compartilhados, entendendo o modo de comportamentos, crenças e práticas sociais, sendo que alguns autores sugerem que práticas sexuais de risco também devem ser abordadas em relação às redes sociais que influenciam práticas de risco sexual das pessoas, o planejamento de prevenção deve englobar a mobilização comunitária que é uma estratégia para colocar a responsabilidade pela prevenção do HIV em grupos de risco. (VIJAYAKUMAR, 2018).

Sinais e sintomas

A infecção pelo HIV cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (MS, 2013). O estágio mais avançado, AIDS, pode levar de 2 a 15 anos para ocorrer, dependendo do indivíduo, podendo ser definido pelo desenvolvimento de certos tipos de câncer, infecções oportunistas ou outras manifestações clínicas graves (WHO, 2018) decorrentes da diminuição das células CD4.

Sintomas devido a AIDS podem não aparecer por muitos anos e pessoas que não sabem de sua infecção podem não se sentir em risco, transmitindo o vírus. Qualquer pessoa pode adquirir a doença independentemente de idade, sexo, etnia, sexualidade ou religião (HOUSE, 2016).

Os sintomas variam dependendo do estágio da infecção (RYU, 2017), sendo

que cerca de 40% a 90% das pessoas apresentam sintomas semelhantes aos de uma gripe dentro de 2 a 4 semanas após a infecção pelo HIV. Outras pessoas não se sentem doentes durante esta fase, que também é conhecida como infecção aguda (SAMIF, 2017).

A AIDS leva a imunodepressão profunda nos pacientes acometidos e, conseqüentemente, permite o aparecimento de infecções oportunistas e/ ou neoplasias (COMPARINI, 2015).

Transmissão e fatores de risco

O risco de contrair o HIV varia algumas exposições ao HIV têm um risco muito maior de transmissão do que outras exposições, podendo haver uma chance relativamente pequena de adquirir o HIV ao se envolver em um comportamento de risco com um parceiro infectado *apenas uma vez*; mas, se *repetidas muitas vezes*, a probabilidade geral de se infectar após exposições repetidas é, na verdade, muito maior (CDC, 2018).

O vírus HIV é transmitido por meio de relações sexuais (vaginal, anal ou oral) desprotegidas (sem preservativos) com pessoa infectada, transfusão sanguínea de sangue contaminado, acidentes com agulhas infectadas, compartilhamento de agulhas para administração de drogas intravenosas (PINHEIRO, 2018).

Também pode ocorrer à transmissão vertical da mãe infectada sem tratamento para o feto, durante a gestação, trabalho de parto ou durante a amamentação (BVSMS, 2016).

O HIV pode ser transmitido através da troca de uma variedade de fluídos corporais de indivíduos infectados, como sangue, leite materno, mas o sêmen o principal vetor de disseminação em todo o mundo (SABATTÉ et al., 2011).

Práticas médicas deficientes, como a reutilização de seringas, tem sido uma rota de transmissão em algumas áreas. A transmissão via hemoderivados pode ser evitada pelo teste de diagnóstico de todos os sangues doadores (RYU, 2017).

O progresso global na resposta ao HIV/AIDS vem sendo ameaçado, segundo a Organização Mundial da Saúde, pois contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência para o HIV superior à média nacional que

é de 0,4%, que estão em grupos-chave (WHO, 2014) relacionados a grupos-chave como; trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade, que usam álcool e outras drogas, HSH, gays e trans (MS, 2017).

Diagnóstico

A infecção pelo HIV pode ser detectada através de diferentes exames laboratoriais, os testes podem detectar do antígeno a anticorpo ou ambos contra o HIV (VENTER et al., 2017). A técnica mais praticada consiste em detectar a presença ou ausência de anticorpos do HIV no sangue circulante do paciente. Esta detecção demora, pelo menos, 30 dias a contar da situação de risco, isso porque o anticorpo só atinge concentrações detectáveis após o chamado período de janela imunológica (MS, 2013).

No serviço público de saúde do Brasil são disponibilizados os testes de diagnóstico rápido, através dos centros de aconselhamento e testagem voluntária (ATV) para facilitar a identificação precoce da infecção pelo HIV (DE SOUZA et al., 2013). A implantação de testes rápidos trouxe agilidade no diagnóstico e qualidade no acesso ao exame. Quanto à sensibilidade destes testes rápidos um estudo realizado no Brasil demonstrou sensibilidade entre 99,3 a 100% e especificidade de 100% para cinco testes rápidos avaliados. Todos os testes rápidos tiveram bom desempenho, foram fáceis de realizar e renderam altas pontuações na análise do desempenho operacional (DA MOTTA et al., 2013).

Para detectar a presença do vírus em bebês nascidos de mães que vivem com o HIV, até 18 meses de idade, é realizada a pesquisa através do exame de quantificação da carga viral do HIV-1, uma vez que a detecção de anticorpos nesta situação pode refletir a passagem transplacentária dos anticorpos maternos (MS, 2018).

Prevenção

Uma das principias abordagens para a prevenção do HIV é a indicação do uso de preservativo masculino e feminino. No âmbito da atual política de prevenção do HIV/AIDS é necessário reconhecer a importância do preservativo masculino e discutir seus limites (DOURADO et al., 2015), pois algumas evidências apontam que os preservativos masculinos de látex têm 85% ou mais de efeito protetor contra o

HIV e outras IST's, mas apesar de ser o melhor método, estudos comprovam que seus poros são permeáveis a alguns vírus, podendo também ocorrer falha na proteção contra doenças quanto às formas de produção, transporte, armazenamento e a utilização (NETO et al., 2009).

Devido às dificuldades de uso contínuo de preservativo que é uma realidade em muitos países, incluindo o Brasil, estratégias são implementadas com a ampliação da oferta de novas tecnologias de prevenção visando à redução da incidência do HIV (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015). Entre as novas estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam- se o uso do tratamento como prevenção e a Profilaxia Pré ex-exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP) (UNAIDS, 2018).

A PrEP não é para todos, é indicada para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV, consiste na tomada diária de um comprimido combinado (tenofovir + entricitabina), que atua bloqueando alguns "caminhos" que o HIV usa para infectar seu organismo (MS, 2018).

A PEP é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da prevenção combinada cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção sendo utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfuro cortantes ou contato direto com material biológico) (MS, 2018).

No Brasil ocorrem divergências em oferecer profilaxia pré e pós exposição, pois ocorre a incompatibilidade entre a estrutura existente de serviços e as diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro (ZUCCHI et al., 2018).

A prevenção combinada é uma estratégia de prevenção que acontece para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais, e inclui abordagem biomédica, comportamental e estrutural aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias de relacionamentos, comunitário, social) (UNAIDS, 2018).

Terapia antiretroviral (TARV)

O tratamento precoce e bem sucedido usando a terapia antiretroviral (TARV) esta associado a uma diminuição significativa na mortalidade (PEREIRA et al., 2015) e contribui para uma redução significativa da chance de transmissão do HIV (PEREIRA, 2015).

Os benefícios da TARV combinada são de recomendação universal, com aumento de expectativa de, mesmo assim os portadores de HIV podem desenvolver doenças cardiovasculares e câncer, o aumento da longevidade das pessoas que vivem com o HIV e o envelhecimento dessa população significa que houve um aumento no número de casos de malignidades que não definem a AIDS (DALLA PRIA; BOWER, 2018).

Com a expansão de acesso aos antiretrovirais, os países poderão alcançar e manter o acesso universal ao tratamento e maximizar os benefícios preventivos da TARV através de um foco em cinco prioridades: 1. Otimizar regimes de medicamentos; 2. Acesso ao atendimento e outras plataformas simplificadas para diagnóstico e monitoramento; 3. Reduzir custos; 4. Adaptar sistemas de entrega; 5. Mobilizar comunidades (ALTUNA, 2013).

Controle de carga viral e CD4

A TARV, tomada de forma consistente, pode limitar e controlar a replicação do HIV, reduzindo a carga viral a níveis indetectáveis (Wu et al., 2015). Assim, garantir o acesso ao tratamento, incluindo as comunidades no planejamento e implementação destes programas, tem sido demonstrado como medida efetiva na redução do risco de transmissão do HIV (VAN DEN BOOM et al., 2013).

Sem terapia, a contagem de CD4 diminui eventualmente e o indivíduo torna-se cada vez mais suscetível à infecção por patógenos oportunistas, sendo primordial garantir que esses pacientes sejam testados e que o tratamento seja realizado antes do desenvolvimento dessas infecções, cancros e complicações relacionados com o HIV (MELHUISH; LEWTHWAITE, 2018).

Quando abordado o casal concomitante, as chances de um não infectar o outro é grande, e se irão manter-se soro discordantes. Impulsionar as pessoas ao uso regular da TARV para que mantenham a carga viral do HIV indetectável, reduzindo a transmissão e ajudando a combater a epidemia, também é uma forma

de prevenção, o que proporciona a retomada do sexo e relacionamentos (WU et al., 2015) .

Comportamento sexual

Após um diagnóstico de HIV, para voltar a envolver-se em relações sexuais o paciente deve garantir um tratamento eficaz, com conseqüente diminuição da carga viral (GRACE et al., 2015).

Comportamentos como o uso indevido de álcool e outras drogas aumentam o risco de transmissão da doença, podendo ser visto como uma estratégia de prevenção o enfrentamento a doença associado ao comportamento sexual e risco social (EDELMAN et al., 2016).

Receber apoio e aconselhamento dos serviços, amigos e familiares é fundamental para interagir e gerenciar o relacionamento com pessoas soro concordante/discordante, diminuindo assim o risco de transmissão, e fortalecendo as redes de apoio de enfrentamento a doença (SILVA; TAVARES, 2015). Apoio familiar e mudanças nos hábitos de vida tornam a vida do infectado mais leve. O mais importante é que a pessoa com HIV esteja em acompanhamento contínuo e integral, mesmo quando esteja tudo bem, pois qualquer intercorrência que apareça será manejada precocemente com melhoria no prognóstico e as chances de sucesso serão bem maiores (MS, 2017).

2 OBJETIVOS

Objetivo 1: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes notificados com diagnóstico de HIV no município de Pinhão – PR, durante o período de 2008 a 2018, e avaliar a evolução do acompanhamento laboratorial, através da carga viral e da contagem de células CD4, desde o momento do diagnóstico até 1 ano após a instituição da TARV.

Objetivo 2: Comparar a percepção de risco e o enfrentamento da doença por parte de quem vive com o HIV com quem procurou saber da sorologia e não tem a infecção.

3 METODOLOGIA

Na primeira fase do estudo foi descrito o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de HIV, no município de Pinhão - PR foi realizada a avaliação dos casos notificados no período entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018 no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação SINAN (MS, 2018a). Foi utilizado abordagem quantitativa para avaliar as correlações entre os atendimentos dos pacientes e a quantificação de carga viral e contagem de células CD4, desde o diagnóstico até 1 ano após a instituição de TARV, consultando o Sistema de Laudos CD4 e Carga Viral do Ministério da Saúde (M.S, 2018).

Para calcular a prevalência de casos de HIV por ano do estudo, foi considerado o numero de casos por 100.000 mil habitantes ao ano (MS, 2017) e a base populacional considerada dos últimos censos, de 2010 com 30.208 habitantes e de 2018 com 32.219 habitantes (IBGE, 2018). O município de Pinhão - PR onde a pesquisa foi realizada, é considerado pequeno porte 2, que é classificado com a população entre 20.000 e 50.000 mil habitantes (IBGE, 2018). Do total da população censitária, 19.083 são adultos jovens e 22.543 pessoas possuem mais de 60 anos de idade, sendo que na área rural residem 14.891 pessoas (IBGE, 2018). Possui uma área de 2.001,588 km² e faz divisas com os municípios de Guarapuava, Bituruna, Foz do Jordão, Candói, Inácio Martins, Reserva do Iguaçu e Coronel Domingos Soares. As principais atividades econômicas são a pecuária, tanto de corte como leiteira, e a agricultura, mas também se destacam o comércio e a indústria extrativista madeireira. É um dos maiores produtores de grãos, leite e carne bovina da região. Destacando-se na venda de lambaris da Usina Hidrelétrica de Foz do Areia (PINHÃO, 2018). A renda domiciliar per capita no município é de R$ 453,90 e o índice de desenvolvimento humano (IDHM) é de 0,654, considerado um valor médio (IPARDES, 2018). Em 2014, verificou-se que de 8.528 domicílios existentes, somente 5.630 possuíam coleta de lixo, 8.093 com energia elétrica e 8.156 com água, 8.347 com esgoto sanitário (IPARDES, 2018).

Na segunda fase do estudo para responder este objetivo foram incluídos na pesquisa dois grupos de participantes: o Grupo I composto por 18 pacientes em tratamento para HIV, acima de 18 anos de idade, acompanhadas pelo serviço de vigilância epidemiológica do município de Pinhão - PR, e que concordaram em participar do estudo; o Grupo II composto por 18 indivíduos com idade superior a 18 anos, que procuram o serviço de saúde para realização de testagem de HIV, com

resultado não reagente para HIV e que, igualmente, concordaram em participar do estudo.

Após a abordagem por parte de o pesquisador explicando sobre a pesquisa e apresentando os instrumentos de coleta de dados, os pacientes que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento, e foram apresentados aos questionários. A coleta de dados se deu através de questionário de perguntas fechadas com levantamento de características individuais (DAMASCENO et al., 2016) como: cor, idade, sexo, raça, religião, vícios, levantamento demográfico, social, econômico e educacional, risco e prevenção relacionados a transmissão do HIV.

Também se aplicou entrevista em forma de conversa aberta com perguntas norteadoras e de forma privativa. O estudo qualitativo quanto à análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador (SILVA; FOSSÁ, 2015). O discurso foi aberto sendo classificado em 7 eixos quanto as experiências adquiridas ao Grupo I de pessoas que vivem com HIV, durando em torno de 40 minutos a 1 hora. As perguntas foram: Quais são seus sentimentos em relação ao diagnostico de infecção pelo HIV? Quais foram às atitudes em relação à terapia, e motivos para não fazer a terapia regular? Quais são os sentimentos, perspectivas para o futuro? Em relação ao apoio profissional, como se sente? Como está a sua vida após a terapia do HIV? Se pudesse voltar no tempo o que poderia ter acontecido pra que não adquirisse a doença? Como é seu relacionamento com seus familiares? No Grupo II as entrevistas duraram em torno de 30 minutos e foi relacionada à 4 eixos sobre conhecimentos e sentimentos em relação ao HIV, bem como a motivação para procurar o teste rápido, que são: Como você entende o HIV? Se você tivesse hoje o diagnostico de HIV como você agiria? Quais são as medidas de prevenção que você utiliza para não se infectar com HIV? Porque você procurou o teste rápido de HIV?

As respostas foram transcritas e lidas para cada participante onde os mesmos tinham a opção de alterar, acrescentar alguma informação, ou concordavam com o que foi transcrito. Depois das devidas correções e concordância ouve assinatura formal da versão final.

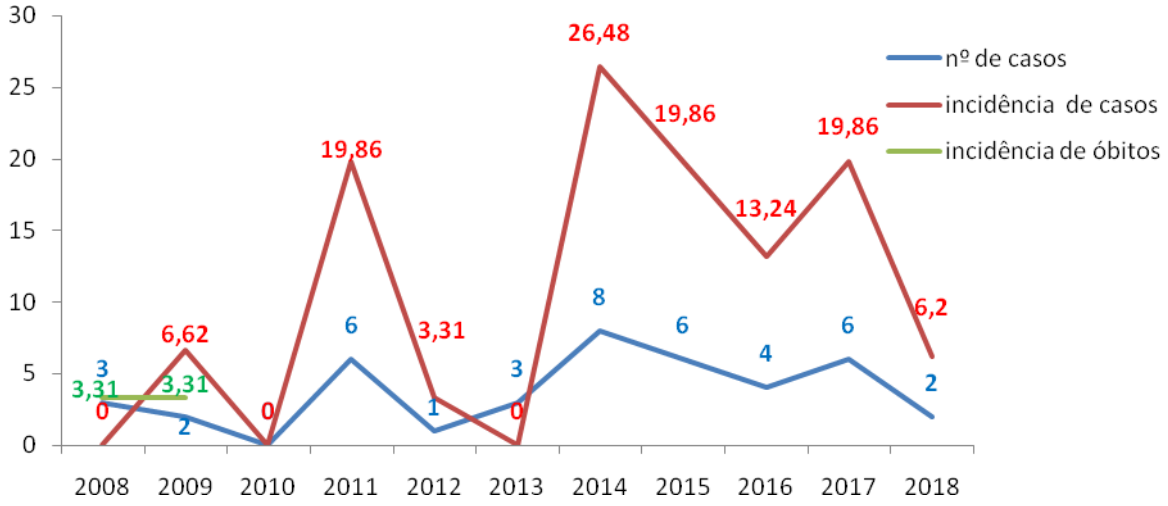
Os questionários obtidos foram analisados com aprofundamento de hipóteses e referencial teórico, tendo como descrição do conteúdo, o objetivo de obter indicadores quantitativos que permitem a inferência de conhecimentos relativos (AUGUSTO et al., 2013). A análise do discurso livre se deu de forma interpretativa ou microssociológica, considerando a prática social como algo que as pessoas produzem ativamente e entendem com base em procedimentos de senso comuns partilhados (AUGUSTO et al., 2013). Através da descrição e interpretação da realidade do perfil de casos diagnosticados de HIV, como um problema humano será realizado levantamento dos dados para mostrar a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza e de significados pela transbordante (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO, com o número do parecer: 2.813.907, data da relatoria: 10/08/18 com todas as orientações aos participantes quanto à participação na pesquisa, riscos e desconfortos, benefícios, confidencialidade e esclarecimentos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou todos os casos de infecção pelo HIV notificados no município de Pinhão - PR, no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018. No gráfico 1 observamos a distribuição anual dos 41 casos notificados, com maior quantidade de casos em 2014, sendo que nos demais anos houve uma variação entre 0 a 6 casos por ano;

Gráfico 1: Distribuição anual, incidência de casos de HIV e óbitos por ano de diagnóstico notificados no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018;



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SINAN, 2018).

Para avaliar melhor o impacto destes casos, em relação à população do município, foi calculada a incidência de casos de HIV por ano, considerando o número de casos por 100.000 mil habitantes ao ano (TABNET, DATASUS, 2018). Conforme visualizamos no gráfico 1, a incidência de casos novos foi maior nos anos de 2011, com 19,86/100.000 habitantes (6 casos), 2014 com 26,48/100.000 habitantes (8 casos) e de 2015 a 2017, que manteve a media de 19,86/100.000 habitantes (6 casos/ano). Para estes anos evidenciamos valores muito acima da média nacional de casos notificados (MS, 2016). Em 2009 e em 2018 houve estabilização de casos com média de 6,2/100.000 habitantes (2 casos cada ano), comparáveis aos dados do Brasil com media de 6,2 a cada 100.000 mil habitantes de 2008 a 2016.

No gráfico 1 também é mostrado a taxa de mortalidade por AIDS notificada durante o período do estudo. Foram registrados somente nos anos de 2008, um caso (3,31/100.000 habitantes), e outro caso em 2009 (3,31/100.000 habitantes).

Neste mesmo período, as principais causas de mortalidade geral no município foram motivadas por doenças do aparelho circulatório (57 óbitos), seguido das neoplasias (28 óbitos) e do aparelho respiratório (20 óbitos) (IPARDES, 2012). No Brasil, as taxas de mortalidade da AIDS se mantiveram em média de 6,2 casos a cada 100.000 mil habitantes de 2014 a 2016 (MS, 2016), sendo que das causas de mortalidade por 100 mil habitantes foram doenças cerebrovasculares (46,2), o infarto agudo do miocárdio (39,7), as pneumonias (31,8), o diabetes mellitus (26,7) e os homicídios (28,1) (OMS, OPAS, 2017).

As características dos 41 casos notificados no período de 2008 a setembro de 2018 estão descritas na tabela 1. Destes, continuam em seguimento no município 53,66% (22 casos), sendo acompanhados com regularidade pelo serviço de tratamento ao HIV/AIDS. Os que transferiram o tratamento para outros municípios somaram 36,58% (15 casos), abandono do tratamento por 4,88% (2) casos e foram a óbito 4,88% (2). Ocorre alta prevalência de casos e importante taxa de falhas de seguimento no município entre os períodos 2008 e 2018. Esta estimativa indica a migração dos pacientes pra outros municípios e o risco de morte pela AIDS, dimensionando a magnitude da doença como problema de saúde pública, retratando a incidência da doença na população (MS, 2018).

Quanto à cor da pele declarada pelos pacientes, não houve diferença significativa em relação às demais características, sendo 48,78% (20 casos) de cor parda e 43,09% (18 casos) de cor branca, com baixo número de casos em pessoas negras que corresponde a 7,32% (3 casos). A maior ocorrência de casos da cor parda e branca esta relacionada a prevalência de pessoas no município, com 17.118 de cor branca, seguida de 11.624 pardos, e 1.077 negros, conforme o último censo do IBGE, (IPARDES, 2018). Este fato difere dos dados nacionais onde a cor prevalente foi de negros, com 51,5%, seguido da branca, com 47,6% (MS, 2017).

As maiorias dos casos concentram-se na faixa etária de adultos jovens, entre 20 a 49 anos de idade, com 90,24% do total (37 casos), este dado no Brasil no período de 2007 a 2017 mostrou que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos (MS, 2017), mesmo assim a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos se mantém estável (OMS, OPAS, 2017).

Tabela 1: Características dos casos notificados de HIV no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018;

Característica	N	%
Em seguimento	22	53,66
Transferiram	15	36,58
Óbito	2	4,88
Abandono	2	4,88
Cor		
Parda	20	48,78
Branca	18	43,9
Preta	3	7,32
Faixa etária		
15-19	1	2,44
20-49	37	90.24
+50	3	7,32
Sexo		
Feminino	25	60,98
Masculino	16	39,02
Residência		
Urbana	32	78,05
Rural	9	21,95
Escolaridade		
Analfabeto	4	9,76
Ensino fundamental	26	63,41
Ensino médio	6	14,63
Ensino superior incompleto	5	12,2
Orientação sexual		
Heterossexual	39	95,12
Homossexual	2	4,88
Forma de transmissão		
Sexual	40	97,56
Uso do de drogas injetáveis	1	2,44
Com doença oportunista		
Sim	14	34,15
Não	27	65,85

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SINAN, 2018).

Quanto ao sexo, a maioria dos casos notificados foi o feminino, com 60,98% (25 casos). O que vem em desacordo com a estatística nacional, onde o sexo masculino corresponde a 67,9% dos casos contra 32,1% em mulheres (MS, 2017). O risco de contrair HIV é especialmente maior nas mulheres e meninas, pelas limitações de opções de saúde sexual e reprodutiva, inclusive sua capacidade de negociar atividade sexual de menor risco e a exposição à violência sexual (MIRANDA et al., 2015). Apesar dos esforços para prevenção tentando conscientizar os homens de sua saúde, ainda há um caminho longo a ser trabalhado, pois esta

população apresenta menor acesso aos serviços de saúde. Essa atenção requer que os trabalhadores da saúde ampliem o olhar quanto ao acesso, ao acolhimento e ao atendimento a essa população, contemplando os aspectos de saúde do homem em toda sua singularidade, diversidade e complexidade (MS, 2018c). Quanto ao sexo masculino, epidemiologistas da Conferência de Pesquisa para Prevenção do HIV discutiram que "eles testam para o diagnóstico do HIV com menos freqüência", disse Ann Gottert, do Population Council, durante a conferência. Enquanto a prevalência do HIV entre homens é menor, eles têm menores taxas de supressão viral, e conseqüentemente eles têm taxas mais altas de morbidade e mortalidade do que as mulheres (AIDSMAP, 2018).

Do total de mulheres diagnosticadas com HIV, 24% (6 casos) obtiveram o diagnóstico no período gestacional, sendo 2 no segundo trimestre e 4 no último trimestre. Este dado ressalta a importância de se testar a gestante, que deve realizar o exame no primeiro e no último trimestre gestacional, além do momento do parto, pois a transmissão do HIV para o bebê pode ser evitada com a instituição do tratamento precoce, inclusive evitando também a transmissão durante a amamentação (FIO CRUZ, 2014).

A freqüência de casos residentes na área urbana foi predominante, com 78,05% (32) dos casos, não sendo tão menos importante os 21,95% (9) que se encontram na área rural. A dificuldade de acesso a saúde por residirem em assentamentos, faxinais, e fazendas, faz com que o acesso ao tratamento muitas vezes seja prejudicado pela distância da sede da cidade. É oportuno destacar que na área rural de muitas localidades do país não mais predomina uma economia majoritariamente agrícola, condição que problematiza a dicotomia rural e urbana no campo da saúde (CASTILHO; GONÇALVES, 2018).

Quanto ao nível de escolaridade, chamam a atenção pelo predomínio de 63,41% (26) com ensino fundamental, 14,63% (6) com ensino médio, 9,75% (4) analfabetos e apenas 12,20% (5) obtinham nível superior e incompleto. A escolaridade é considerada fator protetor na redução da vulnerabilidade do HIV (WHITESIDE et al., 2017), principalmente quando relacionado ao sexo feminino, pois mulheres jovens que abandonam ou freqüentam menos a escola são mais propensas a comportamentos que aumentam o risco de exposição a infecção pelo

HIV (STONER et al., 2017). No último boletim nacional das estatísticas do HIV, quanto a escolaridade, verificou-se um elevado percentual de casos ignorados (25,4%), o que dificultou uma melhor avaliação (MS, 2017).

Quanto às práticas de relações sexuais, 68,85% (27) relataram sexo com homens e 34,15% (14) relataram sexo com mulheres, sendo 95,12% (39) heterossexuais e 4,878% (2) homossexuais. São poucos os estudos sobre a percepção e atitudes preventivas frente ao HIV/AIDS de homens e mulheres em relacionamentos heterossexuais estáveis (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Com relação ao sexo feminino a incomensurável incidência do HIV em mulheres jovens - muitas vezes pobres - ressalta as desigualdades sociais e econômicas que moldam a epidemia do HIV, aumentando a vulnerabilidade destas, e esta relacionada à violência, fatores culturais, sociais, legais e educacionais (RICHARDSON et al., 2014). Contribuem também para aumentar o risco a crescente sexualização da cultura popular anda de mãos dadas com o aumento das oportunidades de acesso ao sexo não matrimonial, por exemplo, através da Internet (AIDSMAP, 2018a). Os nossos dados indicam que os as pessoas que vivem em relacionamentos estáveis e heterossexuais estão expostos a relacionamentos de risco extraconjugal, pois a transmissão do HIV pode ocorrer após uma única exposição, o risco pode ser muito maior se certos fatores de risco biológico como IST's ou carga viral alta estiverem presentes, a medida que mais exposições ao HIV ocorrem o risco global de transmissão aumenta (CATIE, 2012).

Um fator positivo na avaliação das características dos casos notificados foi que 65,85% (27) dos casos não apresentaram doenças oportunistas. Este fato demonstra a possibilidade de que estes diagnósticos sejam precoces, uma vez que estes 14 dos casos com doenças oportunistas também apresentam a baixa contagem de linfócitos CD4 (<350células/ml), sendo que alguns destes pacientes apresentavam mais de duas doenças oportunistas concomitante no diagnóstico. Os valores são considerados alterados quando as contagens seriadas de linfócitos T CD4 estão abaixo de 500 células/ml (ou <24-28% do total de linfócitos), sendo que contagens abaixo de 200 células/ml (ou <14-16%) apresentam um risco bastante aumentado para infecções oportunistas (MS, 2014). A atividade do HIV causa um agravamento progressivo da imunossupressão, o grau de risco subseqüente de infecção oportunista ao longo do tempo é rotineiramente estimado com a contagem

de células CD4. Do ponto de vista clínico, existem dois tipos principais doenças oportunistas relacionadas ao HIV se destacam as infecções graves como a tuberculose e não infecciosas como o câncer (ANGLARET; EHOLIE, 2017).

Na tabela 2 podemos avaliar o acompanhamento dos pacientes do estudo quanto aos parâmetros laboratoriais de contagem de linfócitos CD4 e carga viral do HIV durante o período de um ano a partir do diagnóstico de cada paciente. A contagem de células T CD4 e a quantificação de carga viral são os principais parâmetros utilizados para se iniciar e monitorizar a TARV em pacientes com infecção pelo HIV (MS, 2014).

Tabela 2: Acompanhamento dos casos notificados de HIV no município de Pinhão - PR, entre 2008 e 2018, quanto à contagem de linfócitos CD4 e carga viral, desde o diagnostico até um ano de TARV;

Referência	Diag.	%	Após 6 meses de TARV	%	Após 1 ano de TARV	%	Média	Desvio padrão
			Linfócitos T CD4					
< 350	14	34,15	11	34,38	7	18,92	10,7	3,5
>350	27	65,85	21	65,62	30	81,08	26	4,6
Coletaram CD4	41	100	32	78,04	37	90,24	37	4,5
Não coletaram CD4	0	0	9	21,95	4	9,75	4,3	4,5
			Carga viral					
< 1000	11	28,95	14	58,33	18	64,29	14,3	3,5
1.000 a 10.999	6	15,79	5	20,83	7	25	6	1
11.000 a 50.999	11	28,95	3	12,5	1	3,57	5	5,3
51.000 a 100.999	6	15,79	2	8,33	1	3,57	3	2,6
> 101.000	4	10,52	0	0	1	3,57	1,7	2, 1
Coletaram CV	38	92,68	24	58,54	28	68,29	30	7,2
Não coletaram CV	3	7,32	17	41,46	13	31,71	11	7,2

Fonte: LAUDO (Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL, SISGENO e Histórico Terapêutico), 2018.

A realização da contagem de sub-populações de Linfócitos T CD4+/CD8+ é realizada de forma independente da realização do exame de quantificação da carga viral do HIV, uma vez que a periodicidade de cada um desses testes está submetida a critérios de indicação diferentes (MS, 2018). Assim, evidenciamos nos resultados demonstrados na tabela 2 a freqüência de realização dos exames de contagem de células T CD4 durante o acompanhamento de um ano dos pacientes, a partir do

diagnóstico inicial, em que houve desproporção quanto aos exames realizados nas amostras coletadas dos pacientes. No momento do diagnóstico, em 100% (41) dos pacientes analisou-se a contagem de CD4, enquanto 92,68% realizaram o exame de carga viral. Sucessivamente, após 6 meses de TARV foi analisado CD4 em 78,04% (32) dos pacientes, contra 58,54% (24) dos pacientes que realizaram o exame de carga viral. Por fim, após 1 ano de TARV 90,24% (37) dos pacientes realizaram exame de CD4 contra 68,29% (28) dos pacientes que realizaram exame de carga viral.

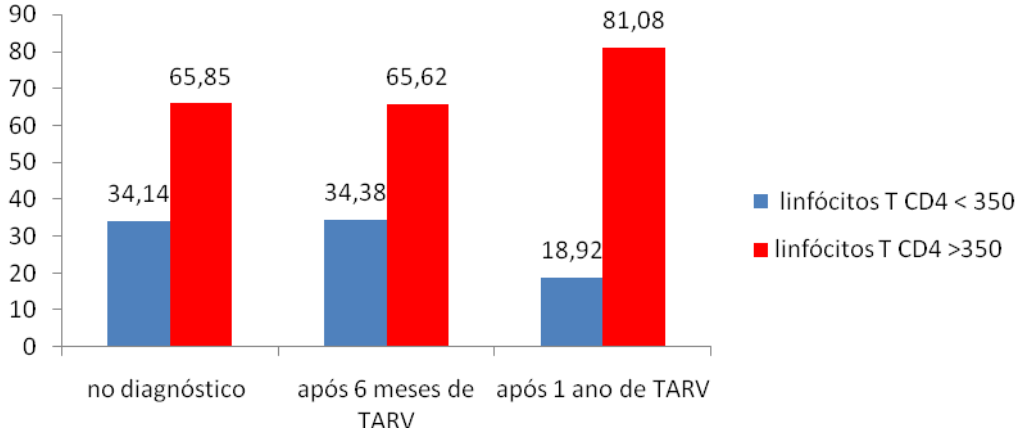
Quanto aos pacientes com contagem CD4 inferior a 350 células/ml, houve diminuição gradativa nos casos ao longo de 1 ano. Mesmo assim, 18,92% (7) mantiveram parâmetros baixos, o que indica a oportunidade de instalação de doenças oportunistas, ou também podem estar associado à falha imunológica, que ocorre quando a contagem de CD4 <250 células/ml após falha clínica ou níveis persistentes de CD4 <100 células/ml (SAÚDE, 2017). Em compensação, 81,08% (30) dos pacientes melhoraram com a elevação do CD4 >350 células/ml^3, indicando que a adesão e sucesso do tratamento dentro do programa foram positivos, com conseqüente melhora da imunidade e sobrevida do paciente. A média de casos foi 10 com contagem de CD4 <350 células/ml^3, com desvio padrão de 3,5, variando para 26 com contagem >350 células/ml^3, com desvio padrão de 4,6. Quanto à coleta do exame a média foi 37 com desvio padrão de 4,5. A não coleta dos exames ocorreu em média de 4,3 e está relacionado à mudança de endereço e transferência do tratamento para outros municípios.

Houve aumento de casos com carga viral <1.000 cópias/ml^3, de 28,95% (11) no diagnóstico para 64,28% (18) depois de 1 ano de TARV, sendo que destes 5 apresentaram níveis indetectáveis, com média de 14 casos e desvio padrão de 3,5. Em 25% (7) dos casos apresentavam cargas virais >1.000 cópias/ml^3 após 1 ano de TARV, chegando a valores >101.000 cópias/ml^3 em 3,57% (1), para este dado a média esteve de 6 a 1,7 com desvio padrão de 1 a 2,1. Após 1 ano de TARV, os casos que continuaram a apresentar o CD4 <350 células/ml e que mantiveram a carga viral altas estão relacionados a dificuldades de adesão ao tratamento e devido ao uso de drogas. Estes casos podem ocorrer falha virológica, que é considerado quando a carga viral >1.000 cópias/ml com base em duas medições consecutivas de

carga no intervalo de 3 meses (AIDSINFO, 2018).

Quando comparamos a proporção de pacientes que apresentavam o CD4 >350células/ml (gráfico 2), observamos melhora gradativa, o que indica aumento na resposta imunológica, partindo de 65,85% (27) de pacientes no momento do diagnóstico para 81,08% (30) após 1 ano de tratamento. Esta resposta indica a diminuição do risco em desenvolver doenças cardiovasculares e câncer, com aumento da longevidade (DALLA PRIA; BOWER, 2018) e o sucesso do tratamento que iniciado precoce e bem sucedido esta associado a diminuição significativa na mortalidade (PEREIRA et al., 2015)

Gráfico 2: Freqüência de casos de HIV segundo avaliação de linfócitos T CD4 desde o diagnóstico ate 1 ano de uso de TARV, no período de 2008 a 2018;

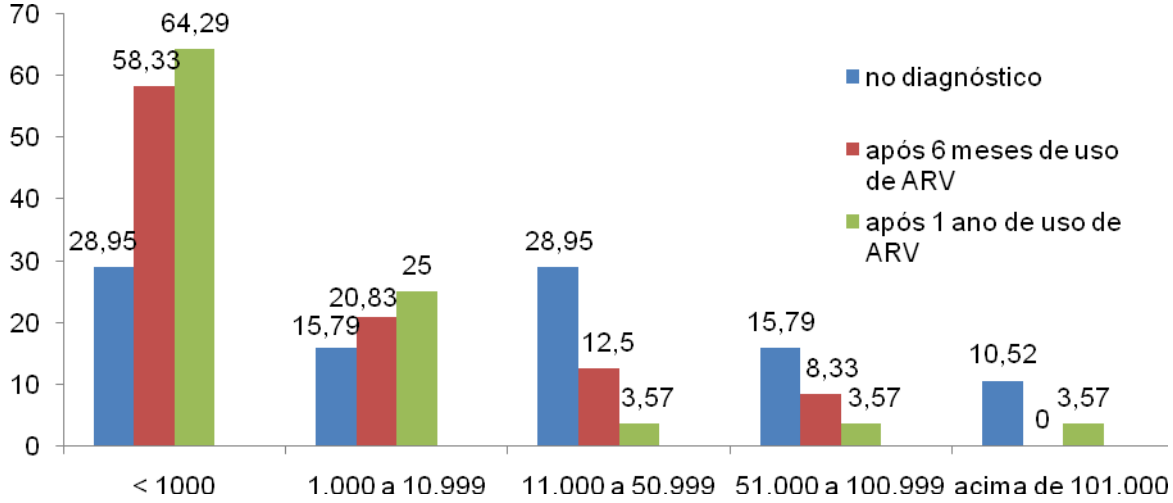


Fonte: LAUDO (Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL, SISGENO e Histórico Terapêutico), 2018.

O aumento da proporção de casos com carga viral <1000 cópias/ml de 28,95% (11 casos) no momento do diagnóstico para 64,29% (18) após 1 ano indica o sucesso de adesão ao tratamento (gráfico 3). O acompanhamento da carga viral ajuda a detectar precocemente o fracasso do tratamento e podem, portanto, reduzir a mortalidade e a transmissão do HIV (ESTILL et al., 2012). A carga viral é recomendada no diagnóstico e monitoramento do tratamento, deve ser realizado como rotina aos 6 e 12 meses após Iniciação de TARV e a cada 12 meses depois disso (SAÚDE, 2017). Carga viral indetectável ou supressão virológica é definida como tendo uma carga viral plasmática abaixo do nível mais baixo de detecção usando ensaios altamente sensíveis com limites inferiores de quantificação de 20-75 cópias/ml (AIDSINFO, 2018). Uma pessoa com carga viral indetectável pode não transmitir o HIV, para reduzir a níveis indetectáveis e prevenir a transmissão do

vírus, esforços devem ser adaptados ao indivíduo, levando em conta fatores como a duração da supressão viral, a adesão aos medicamentos antiretrovirais (UNAIDS, 2018). A literatura relaciona este fenômeno em que a contagem de células T pode cair precipitadamente durante a fase aguda da infecção pelo HIV, seguido de uma melhora gradativa à medida que o organismo desenvolve uma resposta imune ao novo patógeno (BRAUNSTEIN et al., 2016).

Gráfico 3: Freqüência de casos de HIV segundo avaliação de carga viral desde o momento do diagnostico ate 1 ano de uso de TARV no período de 2008 a 2018;



Fonte: LAUDO (Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL, SISGENO e Histórico Terapêutico), 2018.

A TARV quando instituída precocemente aumenta o prognóstico de vida do paciente, sendo que entre o inicio e a retenção dos pacientes no cuidado existe uma questão crítica para os programas de cuidados e tratamento do HIV (MUGISHA et al., 2014).

Existe uma forte necessidade de manter os pacientes sob cuidados para alcançar melhores resultados (DE LA MATA et al., 2017), pois a manutenção do seguimento na unidade de saúde é primordial para manter a carga viral suprimida, porém é desafiador, pois muitos pacientes embora estejam fazendo uso regular da TARV, não realizam com periodicidade o acompanhamento da carga viral e CD4. Neste estudo os pacientes que mantiveram o seguimento no município apresentaram boa adesão e resposta a TARV o que é primordial para redução de doenças oportunistas, da mortalidade e no controle da transmissão da AIDS.

A tabela 3 sintetiza os resultados obtidos pelas respostas ao questionário

estruturado realizado com os dois grupos estudados, um composto de 18 indivíduos vivendo com o HIV e outro de 18 indivíduos vivendo sem o HIV e que foram convidados a participar do estudo após a obtenção do resultado do teste para a detecção de anticorpos anti-HIV, de forma espontânea.

Tabela 3: Respostas as perguntas fechadas nos dois grupos* estudados;

		Vivendo com HIV				Vivendo sem HIV				
Característica	**Opção de resposta**	**Nº**	**%**		**P**	**Nº**	**%**		**P**	**Média**
Cor	Parda	15	83,33		0,5	14	77,78	-	0,5	14,5
	Branca	3	16,67	-	0,5	4	22,22		0,5	3,5
Faixa etária	18-29	8	44,44		0,5	7	38,89	-	0,5	7,5
	30-49	8	44,44		0,5	9	50		0,5	8,5
	50-69	2	11,11		-	2	11,11		-	2,0
Sexo	Fem	13	72,22		0,5	12	66,67	-	0,5	12,5
	Masc	5	27,78	-	0,5	6	33,33		0,5	5,5
Residência	Urbana	16	88,89		3,0	10	55,56	-	3,0	13,0
	Rural	2	11,11	-	3,0	8	44,44		3,0	5,0
Escolaridade	Analfabeto	4	22,22		2,0	0	0		-2	2,0
	Ensino fundamental	9	50		-	9	50		-	9,0
	Ensino médio	5	27,78	-	1,0	7	38,89		1,0	6,0
	Superior	0	0	-	1,0	2	11,11		1,0	1,0
Religião	Católica	12	66,67	-	0,5	13	72,22		0,5	12,5
	Evangélica	5	27,78		-	5	27,78		-	5,0
	Sem religião	1	5,55		0,5	0	0		0	0,5
Vícios	Não	13	72,22		1,5	10	55,56		-1,5	11,5
	Sim	5	27,78	-	1,5	8	44,44		1,5	6,5
Renda	Sem renda	4	22,22		0,5	3	16,67	-	0,5	3,5
	1 salário mínimo	12	66,67		0,5	11	61,11	-	0,5	11,5
	Mais de 2 salários	2	11,11	-	1,0	4	22,22		1,0	3,0
Orientação sexual	Heterossexual	18	100		0,5	17	94,44	-	0,5	17,5
	Bissexual	0	0	-	0,5	1	5,56		0,5	0,5
Múltiplos parceiros	Sim	6	33,33	-	5,0	16	88,89		5,0	11,0
	Não	12	66,67		5,0	2	11,11	-	5,0	7,0
Prevenção	Infreqüentemente	12	66,67		1,0	10	55,56	-	1,0	11,0
	Nunca	6	33,33	-	1,0	8	44,44		1,0	7,0

* Grupo I composto de indivíduos vivendo com o HIV e Grupo II não.

Quanto à cor/raça no grupo I as pardas corresponderam a 83,33% (15) e no grupo II 77,78% (14). Nos dois grupos houve a média de 14 pessoas pardas e de 3 brancas. Os dados municipais indicam que grande população corresponde a pessoas brancas, sendo um total de 17.952 mil habitantes e de pardas 11.106 mil habitantes (IPARDES, 2018). Nos últimos 10 anos quanto à distribuição nacional dos indivíduos por raça/cor, observou-se queda de 21,9% na proporção de casos entre pessoas brancas e aumento na proporção de 35,7 em pessoas auto declaradas

pardas (MS, 2017). Isto indica que nossos dados vêm em acordo com as estatísticas e de que pessoas pardas têm maior probabilidade de se infectar com HIV.

Em relação à faixa etária dos dois grupos a média foi de 7 pessoas com idade de 18 a 29 anos, 9 pessoas de 30 a 49 anos e de 2 pessoas 50 a 69 anos. Observamos que não houve importante diferença entre eles. A faixa etária de pessoas vivendo com o HIV descrito no presente estudo correspondem à prevalência global do HIV em pessoas de 15 a 49 anos de idade (WHO, 2019). No grupo II houve procura pela testagem na grande maioria de adultos jovens é um bom indicador, pois nesta fase da vida é alta potencialidade de risco e exposição. Por outro lado, este dado aponta para a baixa procura do teste em pessoas acima de 50 anos de idade, haja vista que muitos continuam com vida sexual ativa nesta fase. O processo de envelhecimento associando longevidade à qualidade de vida é fundamental para a promoção da saúde da pessoa idosa, sendo necessários não somente os investimentos em formação em saúde, como também na melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos de saúde (CASSÉTTE et al., 2016).

Houve maior participação de indivíduos do sexo feminino nos dois grupos do estudo, com média de 12 mulheres, com 72% de pessoas do sexo feminino entre aquele grupo que vive com o HIV e de 61% de mulheres entre aqueles que vivem sem o HIV. A literatura descreve esta maior ocorrência do HIV entre mulheres como um fenômeno denominado de feminização, como resultado de fatores biológicos com maior susceptibilidade à infecção (RODRIGUES et al., 2013). Da mesma forma como também é descrito na literatura a baixa procura por testes pelo sexo masculino e salientam da importância de Intervenções para encorajar o teste de HIV em homens (HENSEN et al., 2014). Este dado pode sugerir que a alta prevalência de casos de HIV em mulheres no município está associada ao fato delas também procurarem mais serviço de saúde do que os homens.

Pessoas residentes em área urbana e rural acessam o serviço, a média de pessoas residentes na área urbana nos dois grupos foi de 13, sendo que no grupo I correspondeu a 88,98% (16) e no grupo II foram 55,56% (10), enquanto que na área rural a media foi de 5 pessoas.

Mais da metade dos indivíduos incluídos no estudo possuíam escolaridade até o ensino fundamental completo nos dois grupos com média de 9 pessoas,

enquanto que o ensino médio a média foi de 6 pessoas. As diferenças ocorreram principalmente na proporção de indivíduos analfabetos com média de 2, sendo 22,22% (4) do grupo I com HIV e ausentes no grupo II, em contrapartida ao ensino superior ausente no grupo I e presente em 11,11% (2) dos participantes do grupo II. O efeito causal da educação sobre a infecção pelo HIV indica que a educação tem um grande efeito protetor contra o risco de infecção pelo HIV principalmente quando relacionado às mulheres (NEVE et al., 2015).

A religiosidade foi predominante nos dois grupos, composto principalmente de pessoas católicas com média de 12 para os dois grupos, sendo 66,67% (12) no grupo I e em 72,22% no grupo II. Este dado aponta que a religião e espiritualidade já evidenciada pela literatura como um constructo importante que favorece ao melhor enfrentamento das situações críticas também devem ser valorizadas, podendo influenciar melhores desfechos em saúde (LEIMIG et al., 2018) exerce função de ajustamento emocional quanto a segurança cognitiva ao enfrentar problemas de dor e morte (MONTE, 2009).

A proporção foi diferente em relação aos dois grupos quanto à declaração de vícios. Que relataram não ter vícios a media foi de 11 e de não ter a media foi 6 para os dois grupos. No grupo I, com HIV, 72,22% (13) informaram não ter vicio, e que tem 27,78% que foram 5 etilistas que também fumam tabaco, no grupo II os 44,44% (8), que disseram ter vicio foram 5 etilistas e 3 tabagistas. O alcoolismo é apontado na literatura como potencial precursor para pessoas com comportamentos sexuais de risco. Também pode contribuir para doenças do fígado, o que predispõe a dificuldades na metabolização dos medicamentos utilizados na TARV, além de contribuir para ocasionar a resistência a estes medicamentos, resultando na incapacidade do medicamento ou classe de drogas em suprimir a replicação do HIV (NIAAA, 2015). Assim, o tratamento médico também deve focar na integração entre o tratamento contra a dependência de álcool com o tratamento da infecção pelo HIV (JUSTICE; SULLIVAN; FIELLIN, 2010). Ainda, entre as diferentes interferências que o uso de substâncias que causam dependência, aqui descritos como vício, pode causar em indivíduos abalados emocionalmente, a literatura tem descrito como resultado à aderência imperfeita da TARV em indivíduos infectadas pelo HIV (CIOE et al., 2017). A prevalência do consumo de cigarros em pessoas com HIV é alta (CIOE et al., 2017), sendo mais freqüente que na população em geral, resultando em

aumento do risco de morbidade e mortalidade relacionadas ao tabagismo (PACEK; SWEITZER; MCCLERNON, 2016)

Quanto aos fatores socioeconômicos dos participantes dos dois grupos, evidencia-se a prevalência de baixo nível econômico com predomínio de renda inferior a 1 salário mínimo nos dois grupos. A proporção de indivíduos sem renda e até um salário mínimo corresponde a 88,89% dos indivíduos no grupo I e 77,78% no grupo II com media de 11 pessoas para os dois grupos. Os nossos dados indicam que as pessoas com renda baixa são as que mais acessam o serviço de saúde municipal, tanto entre infectados com o HIV ou não. Mesmo em países desenvolvidos, como nos EUA, há maior prevalência do HIV entre pessoas que vivem em áreas de pobreza urbana (2,1%), com evidente relação entre piores condições socioeconômicas e a taxa de prevalência do HIV (CDC, 2017). Os aspectos econômicos influenciam na vida comunitária, familiar e individual, pois o emprego não apenas melhora as condições econômicas domésticas como também a autoconfiança e melhora sua qualidade de vida (ZHANG et al., 2012).

Da orientação sexual declararam-se heterossexuais 100% (18) no grupo I e 94,44% (17) no grupo II. Nos EUA indivíduos que contraíram a infecção pelo HIV através de sexo heterossexual representaram apenas 24% de todos os diagnósticos de HIV(CDC, 2018b). Os dados brasileiros indicam que a prevalência de casos esta entre os homens, com predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), (MS, 2018). Por outro lado, a mulheres adquirem infecções pelo HIV predominantemente pela mucosa genital, através da transmissão heterossexual (KAUSHIC et al., 2010), indicando que podem não ter parceiro fiel pois mesmo em relacionamentos heterossexuais estáveis há maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV (DAMASCENO et al., 2016).

Do grupo I, que têm o HIV, os que relataram a continuar mantendo vida sexual com múltiplos parceiros corresponde a 33,33% (6) e entre os que não têm HIV do grupo II, 88,88% (16) relataram múltiplos parceiros. Este dado é bastante preocupante, pois quando comparamos com as respostas quanto ao uso de preservativos, os do grupo com HIV, 33,33% (6) continuaram a não utilizar e corresponde aos mesmos participantes que relataram a multiplicidade de parceiros (as) e 66,67% (12) referiram estar se cuidando mais e utilizando o preservativo só

que não freqüentemente. Do grupo II sem HIV 100% dos participantes demonstraram não estar utilizando formas de prevenção confiáveis, com o uso não freqüente de preservativo 50% (9), e não utilizar nada 50% (9). Este dado indica o risco de exposição que as pessoas correm em se infectar com HIV como também os que já têm o HIV em adquirir novas IST's (LAPINSKI, MARIA K. et al., 2010) e de transmitir para novos parceiros. Os preservativos, quando usados de forma consistente e corretos, são eficazes na prevenção de infecções por HIV (KOFF; GOLDBERG; OGBUAGU, 2017),

A tabela 4 analisará o resumo do agrupamento de respostas obtidas nas entrevistas aplicadas aos pacientes do grupo I quanto aos sentimentos em relação ao HIV, suas adaptações e perspectivas. Destacam-se a ocorrência de relatos sobre a dificuldade de enfrentamento da doença após o diagnóstico da infecção pelo HIV, como a não aceitação da doença e a ocorrência de efeitos colaterais da TARV, apesar do apoio profissional e o bom relacionamento com os familiares.

No contexto geral em relação aos sentimentos relatados 88,89% (16) se manifestaram de forma negativa perante o HIV, apresentando conflitos de aceitação e auto cuidado. Identificou-se que 66,66% (12) dos participantes expressaram sentimentos diversos que variam de tristeza, revolta, vergonha, desespero ate 11,12% (3) com surtos psicóticos e tentativas de suicídio, fator que pode ser intensificado com os efeitos colaterais da TARV. O seguimento e retornos corretos no tratamento ajudam na identificação precoce destes efeitos, viabilizando o manejo oportuno, pois cada caso deve ser avaliado individualmente. *Desta forma seguem dois relatos; (38 anos, dona de casa, com HIV a 8 anos) "Não aceitei a doença, me revoltei, tenho a doença há 8 anos e ainda não aceito",* (*46 anos, pensionista, com HIV a 11 anos) "Fiquei revoltada, achei que ia morrer, cai na cama, foi terrível. Meu companheiro tentou me matar porque me acusou de infectar ele. Passei três dias chorando. Pensei em morrer".* A adaptação de uma vida com HIV é um processo que tem como conceito central a "negociar a incerteza" (PERRETT; BILEY, 2013), as dificuldades no desenvolvimento individual e social tornam os pacientes reféns de políticas de saúde e medicamentos (LEYVA-MORAL et al., 2015).

A experiência da grande maioria dos participantes á uma nova vida, foi forçada e cheia de dúvidas (LEYVA-MORAL et al., 2015), alguns tiveram a perda ou

falta de emprego *(56 anos, desempregada, com HIV a 1 ano) "Penso em deus que me de coragem pra suportar pois esta difícil de viver. Quero voltar a trabalhar".* Outros o distanciamento de amigos e familiares, (*47 anos, pedreiro, com HIV a 2 anos) "Ninguém me da emprego, perdi meus amigos, minha vida virou de cabeça para baixo"*. O impacto psicológico é grande sendo agravado em pessoas com saúde física deficiente, que por sua vez, também esta associada ao desemprego e a depressão (HERRMANN et al., 2013).

Tabela 4: Resumo das respostas abertas obtidas no grupo I*;

Características das perguntas	Nº	%	Média	P
Sentimentos em relação ao diagnóstico de HIV				
Não aceitação	16	88,89	9,0	7,00
Aceitação da doença	2	11,11		
Adaptação a terapia antiretroviral				
Tive efeitos colaterais	16	88,89	9,0	7,0
Boa adaptação	2	11,11		
Perspectivas para o futuro				
Insegurança em relação aos filhos	9	50	4,5	4,5
Procuram não pensar	4	22,22		
Viver e trabalhar	3	16,67		
Desgosto pela vida	2	11,11		
Apoio profissional				
Confiança e segurança	17	94,44	9	8,0
Constrangimento	1	5,55		
Vida após o diagnostico de HIV				
Impacto social e econômico com dificuldades a adaptação ao HIV	9	50	9	0,0
Impacto social com boa adaptação ao HIV	9	50		
Se pudesse voltar no tempo o que poderia ter acontecido para evitar o HIV				
Confiança e auto-cuidado	18	100	18	0
Relacionamento com familiares				
Bom relacionamento	11	61,11	9	2
Relacionamento prejudicado	7	38,89		

*Grupo I composto por pessoas que tem HIV.

A grande maioria sendo mulheres demonstrou que a dificuldade de combate ao estigma e discriminação pode parecer uma tarefa solitária (HUBACH et al., 2015), o impacto de ter a carga viral do HIV indetectável na vida sexual varia desde a tomada de precauções sexuais mais seguras ate quanto se tornar mais seletivas. Alguns portadores do HIV relatam que se tornaram mais responsáveis com sua saúde, desde o abandono de vícios ate o uso do preservativo, (*56 anos, desempregada, com HIV a 1 ano) "Estou me adaptando a doença. Mudou tudo, minha rotina. Tenho problemas com alcoolismo há muitos anos, e depois que tive o diagnostico não consegui mais beber. Sinto-me meio nervosa mas estou sóbria".* A melhora no auto cuidado também foi identificada por outros pesquisadores (PEREIRA; CALDEIRA; MONTEIRO, 2018) sendo uma expansão adicional nas

opções de tratamento do HIV, incorporando abordagens centradas nas mulheres, é essencial para tornar o cuidado individualizado uma realidade (GHOSN et al., 2018).

Quanto à TARV que é recomendada para todos os pacientes com HIV, independentemente de sua carga viral ou contagem de CD4 (AIDSINFO, 2014), 88,89% (16) referiram boa adesão e adaptação ao ARV *(38 anos, dona de casa, com HIV a 8 anos) "No inicio eu era resistente ao tratamento, hoje tomo corretamente".* 11,11% (2) relataram algum tipo de efeito colateral*: (47 anos, pedreiro, com HIV a 2 anos) "Insônia, inchaço, porque eu bebia junto", (32 anos, dona de casa, com HIV a 8 anos) "Acostumei, virou rotina, às vezes sinto tontura e náuseas, medico já mudou varias vezes o medicamento".*

O auto relato de adesão é provavelmente o método de estudo mais utilizado para quantificar a adesão em pacientes com HIV. Sua implementação é fácil, rápida, flexível e barata e é plausível, apesar das limitações que podem surgir da confiança em várias respostas (STIRRATT et al., 2015).

Apesar da melhora gradativa após a adaptação do organismo ao medicamento, os sintomas variaram de náuseas, vômitos, diarréias, insônia, distúrbios hepáticos e psicológicos, como ouvir vozes, sendo que alguns casos houve necessidade de alteração da primeira linha de tratamento para outra com menos efeitos. Com o tempo, os pacientes com HIV podem se sentir presos por um tratamento que lhes dá uma sensação de vulnerabilidade. Como conseqüência, eles acabam se isolando, perdem a confiança e abandonam o tratamento (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Em relação às perspectivas para o futuro em todos os relatos foram expressos com insegurança mediante a vida, 50% (9) demonstram a preocupação em morrer pelo fato de que seus filhos ficariam tristes em saber da doença dos pais, *(36 anos, desempregada, com HIV a 6 anos) "Penso todo dia na minha morte. Penso nos meus filhos, e não quero que saibam que vou morrer por causa de HIV".* 22,22% (4) informaram que procuram não pensar em nada, reações negativas ocorrem porque eles desenvolvem sentimentos de alienação, discriminação e se sentem controlados, o que afeta negativamente a vida do paciente (IMAZU et al., 2017). Em um destes relatos a expressão facial como este relato foi dito *(32 anos, dona de casa, com HIV a 8 anos) "Procuro não pensar em nada",* sugere que não

quer ser questionado mais a fundo sobre seus sentimentos e talvez seja uma forma de neutralizar pensamentos ruins e em relação ao seu status sorológico, a própria negação da doença é um indicativo de estigma percebido (EARNSHAW; CHAUDOIR, 2009) que incluí-se isolamento, não revelação e perdas de seguimento (OSKOUIE et al., 2017).

16,67 % (3) querem viver e trabalhar, sendo que os relatos relacionaram a insegurança em relação à saúde e vida quanto da autonomia financeira prejudicada, assim como relata esta participante de *51 anos, dona de casa, com HIV a 2 anos quero viver, "quero trabalhar de carteira assinada".*

11,11% (2) expressaram desgosto em viver, o que indica que mesmo com os avanços alcançados no tratamento e aumento da expectativa de vida ainda é uma das doenças mais temidas pelas pessoas, com indicativo de certeza da morte, segue o relato *(38 anos, dona de de casa, com HIV a 8 anos) "penso em não viver mais, não tem mais o que fazer da minha vida, não quero psicólogos, porque pra morrer não preciso, eu não tenho mais prazer nenhum na minha vida".* O estigma tanto publico como percebido em um nível individual prejudica a identidade e a capacidade da pessoa de lidar com a doença (SKINNER; MFECANE, 2004), sendo um constructo cultural, e suas experiências variam entre os indivíduos entre países e comunidades (LI; SHENG, 2014).

Do apoio profissional, 94,44% (17) relatou ter confiança e segurança, indicativo de que os profissionais estão capacitados no manejo do HIV, não somente na doença, mas também a ética em relação aos fatores individuais, psicológico e social, que refletem suas escolhas mediante a vida, sem pré-julgamentos(LEYVA-MORAL et al., 2015), *(44 anos, capataz, com HIV a 4 anos) "Bem atendido, eles foram a minha casa, porque minha esposa havia falecido então me contaram que era por HIV, e se eu queria fazer o exame. Me apoiaram muito".*

Apenas 5,55% (1) referiu constrangimento por parte de um profissional, onde houve o insinuado que o mesmo teria infectado a companheira com o HIV. Segue o relato: (*25 anos, serviços gerias, com HIV a 5 anos) "Tive uma situação em que o profissional foi estúpido e me culpou, por ter infectado minha esposa. Depois que me mudei de estado aqui tenho um ótimo relacionamento com todos os profissionais. sempre procuro a enfermeira quando tenho qualquer duvida, ela é excelente comigo*

e minha família".

Em relação de como está à vida após o diagnóstico de HIV, observamos o impacto da doença, pois 50% (9) referiram impacto social, econômico e dificuldades em adaptar-se ao HIV/AIDS, sendo que houve relatos de que a vida não esta sendo fácil por mudanças de endereço devido ao estigma de conhecidos, como neste caso *(46 anos, empregada doméstica, com HIV a 3 anos) "Eu não vou à casa de ninguém, tenho muita vergonha". (muito choro) "Toda vida eu trabalhei, e agora não consigo emprego, sinto que as pessoas me julgam, ficam comentando, perguntam se é verdade que eu quase morri por causa de AIDS" (choro).* Com isso intervenções sociais devem procurar melhorar as oportunidades econômicas e de emprego para as pessoas que vivem com HIV (RÜÜTEL et al., 2009). 50% (9) relataram algum tipo de impacto social, apesar da infelicidade com sua situação conseguiram superar obstáculos e tabus quanto a doença com boa adaptação a doença, com relatos de que a doença serviu de alerta para conscientização em largar do vicio de beber, evitando assim interação com TARV como neste relato *(44 anos, capataz, com HIV a 4 anos) "Hoje estou melhor, parei de beber, pro remédio não fazer mal, estou viúvo, e crio minha filha"*. (*47 anos, dona de casa, com HIV a 11 anos) "Quase morri e fiquei internada, mas hoje estou melhor, tranqüila, aceitei a doença, mas não sou uma pessoa feliz".*

Quanto ao que poderia ter acontecido em suas vidas para evitar a doença, 100% (18) dos pacientes pontuaram reflexões sobre em ter mais confiança em si mesmo, e menos confiança nas outras pessoas e da importância do auto cuidado como reflete esta participante (*36 anos, desempregada, com HIV a 6 anos) "Não teria me envolvido com certas pessoas, e não teria confiado tanto".*

O sentimento de exposição de risco por estar em um momento frágil da vida relatado pela maioria dos participantes, isto indica fatores de vulnerabilidade ao quais todas as pessoas podem estar expostas. Sentimentos de descuido com corpo e a necessidade de relacionamentos muitas vezes com desconhecidos (as) para superar a perda de outro, são citadas como riscos em potencial em adquirir a doença. Neste caso a vulnerabilidade não só ao HIV como também a violência é evidente após a viuvez, relatado pela própria pessoa (*31 anos, dona de casa, com HIV a 4 nos) "Talvez se eu não tivesse me tornado viúva tão cedo com 22 anos,*

porque depois disso me tornei vulnerável, me relacionei com vários homens que me judiavam, sendo que com o ultimo alem de me ameaçar me deixou doente". Estes comportamentos de risco e sentimentos de "vulnerabilidade" permitem ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008).

Da relação com familiares 61,11% (11) demonstraram ter bom relacionamentos com relatos de confiança na família e apoio na superação dos conflitos emocionais gerados pela doença como confirmado pela participante a seguir (*51 anos, dona de casa, com HIV a 2 anos) "Me relaciono bem, eles sabem e me ajudam, me aconselham, não deixam eu me preocupar com nada".* Outros 38,89% (7) referiram relacionamento prejudicado, por sentir vergonha, falta de confiança e pra evitar julgamentos dos familiares que desconhecem seus status sorológicos, havendo o distanciamento da família como este homem relata (*47 anos, pedreiro, com HIV a 2 anos) "Fico hoje mais distantes dos meus familiares, procuro não me aproxima muito agora, para que não me façam perguntas". O contexto social e familiar* pode influenciar na adesão a terapia, (incentivo, vigilância) ou, ao contrário (IACOB; IACOB; JUGULETE, 2017).

Na tabela 5 temos o resumo do agrupamento de respostas obtidas nas entrevistas aplicadas aos pacientes do grupo II, que procuraram o serviço de diagnóstico da infecção e obtiveram resultado soronegativo, quanto ao entendimento sobre o HIV e os fatores de risco e vulnerabilidade em relação a sua aquisição. Neste eixo onde foram aplicadas questões abertas para identificar fatores associados à vulnerabilidade individual onde analisaremos dois níveis: cognitivo e comportamental. O primeiro se relaciona ao grau e à qualidade da aquisição dos conhecimentos sobre o HIV/ AIDS e da capacidade de incorporá-los e gerenciá-los nos relacionamentos (FERNANDES et al., 2017) e avaliaremos também o risco de exposição que varia muito, dependendo do tipo de exposição ou comportamento (como compartilhar agulhas ou fazer sexo sem preservativo), onde algumas exposições têm um risco muito maior de transmissão do que outras exposições(CDC, 2018).

Quanto ao questionamento sobre o que você entende do HIV, 66,67% (12) das pessoas relataram algum sentimento ou sintoma relacionado à doença, alguns

acreditam que é grave, trágica, transmissível pelo sexo, sem cura e que pode levar a morte, isso indica que ainda o HIV é temido pela grande maioria das pessoas por não possuir cura, como neste relato *(33 anos, serviços gerais) "Doença ruim que leva a morte"* esta percepção pode ser influenciada inclusive pelas mídias sociais (HEALTH, 2017).

Tabela 5: Resumo das respostas abertas obtidas no grupo II*;

	Nº	%	Média	P
Como você entende o HIV?				
Relataram algum sintoma ou sentimento relacionado ao HIV	12	66,67	6	6
Não sabe nada	4	22,22		
Doença normal	2	11,11		
Se você tivesse hoje o diagnostico de HIV como você agiria?				
Aceitaria a doença	8	44,44	6	2
Não sabe	7	38,89		
Doença normal	3	16,67		
Quais são as medidas de prevenção que você utiliza para não se infectar com HIV?				
Uso de preservativos não freqüentemente	10	55,56	9	1
Não usa nada	8	44,44		
Porque você procurou o teste rápido de HIV?				
Demanda por solicitação profissional	12	66,67	9	3
Demanda espontânea	6	33,33		

*Grupo II composto de pessoas sem HIV.

Contudo, 22,22% (4) informaram não saber nada pela falta de atenção ou que nunca ouviram nada, como nesta informação *(39 anos, agricultor) "Nada. Escuto falar, mas nunca presto atenção",* onde o nível de informação sobre o HIV/AIDS não é suficiente para que as pessoas adotem um comportamento protetor (FERREIRA, 2008). Deste modo observamos a contradição de algumas respostas, quando o participante responde que não sabe nada, mas de outra forma ele procurou por livre demanda para ser testado nos faz questionar quanto à limitação da resposta, desta forma uma ampliação do olhar preventivo em relação à forma que o HIV é visualizado e entendido pelas pessoas nos faz questionar, pois a dificuldade que alguns demonstraram nas respostas nos faz preocupar-se quanto ao futuro, pois parcela da população não está bem informada sobre questões básicas relativas ao HIV/AIDS (FERREIRA, 2008) e que enquanto profissionais devemos articular a combinação de estratégias de motivação para o uso de métodos de prevenção e reflexões pelos sujeitos (DOURADO, 2015) a fins de propiciar o conhecimento e percepção quanto à doença. Duas pessoas (5,55%) relataram ser uma doença normal como todas as outras, como neste relato que a participante é soro discordante de seu parceiro, (*28 anos, dona de casa) "Entendo como uma doença*

normal, pois convivo com meu esposo que é soropositivo" a banalização e naturalização da aquisição de HIV (SAID; SEIDL, 2015) é preocupante haja vista que esforços da saúde pública se concentram no aconselhamento para prevenir e reduzir taxas de transmissão de HIV.

Quando questionados o grupo II quanto à suposição frente a um possível diagnostico de HIV após a realização de teste rápido, 44,44% (8) foram confiantes em afirmar que aceitariam bem. Quando comparamos com as respostas dos participantes do grupo I com HIV vemos a divergência de sentimentos e atitudes e da falta de percepção da vulnerabilidade (PARKER; CAMARGO JR., 2000), como nos dois relatos a seguir; (*39 anos, coletor biológico) "Iria entender porque no passado não me cuidei" e (43 anos, diarista) "Me trataria e aceitaria".* A possível aceitação relatada pelo grupo I na pratica vivenciada bem diferente pelo grupo II, pois mesmo após anos conviverem com HIV (83,33%) ainda não aceitam a doença sendo angustiados pela culpa e remorso de terem se infectado. Outros 38,89% (7) relataram sentimentos da possibilidade de isolamento, susto, loucura e tristeza. Os 16,67% (3) que disseram não saber como agiriam porque nunca haviam pensado nisto, mostraram-se preocupados para receber o resultado do teste. "*a gente acha que vai dar negativo, quando pensei em vir fazer o teste não tinha pensado na possibilidade de ter um resultado reagente, e como será minha vida a partir de hoje?"*

Sobre a prevenção para não adquirir HIV, todos (18) relataram medidas não eficazes ou nenhum tipo de medida, 55,56% (10) dos participantes descreveram o uso não freqüente de preservativos, 44,44% (8) não utiliza nenhum método, sendo justificado por relatos desde que evita múltiplos parceiros (as), ate mesmo a utilização de anticoncepção e de não tomar água no mesmo copo, como nestas duas situações relatadas; *(19 anos, garota de programa) "Preservativo, com alguns, porque tem homem que não gosta, e tomo pílulas também" e (21 anos, desempregada) "Não uso porque sou casada".*

As respostas descritas quanto a "não usar nada", indica o fato de que além de não estarem se protegendo também reflete quanto à exposição de risco gera paradigmas, pois a oferta de preservativos pelas unidades de saúde deve ser associada à orientação e potencialidade de riscos, haja vista que o pensamento de

seleção para com quem usar preservativo foi expresso por metade dos participantes, há controvérsias em relação às associações entre uso de preservativo e status socioeconômico, porem é de suma importância reconhecer tais restrições sociais associadas a medidas de prevenção da tendência de queda no uso consistente de preservativos, (DOURADO et al., 2015).

Em relação ao motivo pela procura de fazer o teste foram bem diversificadas as respostas o que indica a amplitude do exame, pois em todas as situações citadas elas estão relacionadas direta ou indiretamente a vulnerabilidade e risco em que as pessoas se encontram. O fornecimento de apoio e desenvolvimento de estratégias altera comportamentos estigmatizantes reais das pessoas e, subseqüentemente, aumenta a aceitação de testes de HIV (THAPA et al., 2017).

O pensamento de querer ser testado como forma de prevenção para já se tratar caso esteja com HIV como neste caso relatado *(27 anos, vendedor) "Acredito que seja uma forma mais rápida de ter o resultado, já faço pela segunda vez"* demonstra que as pessoas entendem que o HIV existe e sabem que o tratamento é de acesso eficaz, mas vem de contrapartida quanto ao cuidado de não se infectar. Oras será que é menos trabalhoso tratar uma doença ou ter precaução para não adquiri-la? O ditado que a prevenção é melhor do que remediar é tão verdadeiro hoje como sempre foi desde o efeito global da infecção pelo HIV em 1983, estudos observacionais são essenciais para uma intervenção eficaz, procurando entender e abordar as preocupações de indivíduos e comunidades para que adotem medidas preventivas ativas (BORYSIEWICZ, 2010).

Dos participantes que procuram os testes motivados por algum alguma solicitação específica de suspeita e investigação para o HIV somaram 66,67% (12) o interessante é que se inclui os 5 homens que participaram do estudo, sendo situações de acidente com perfuro cortante de coletor biológico, admissão de trabalho, para planejamento familiar, internação de tratamento de etilismo como neste caso *(18 anos, estudante) "Porque vou me internar e me tratar do alcoolismo"* e por relato de sintoma estranho *(28 anos, diarista) "Porque estou estranho e tenho suspeita".*

Os que informaram que procuraram o teste de HIV motivados por demanda espontânea relacionado à precaução/prevenção, rotina em fazer, e como sendo uma

forma rápida de ter o resultado somaram 33,33% (6), nesta situação em que a participante estava desconfiada com seu cônjuge e demanda foi relata pelo seguinte motivo *(38 anos, dona de casa) "Porque minha vizinha morreu",* nesta outra situação por não haver negociação quanto a pratica de sexo seguro *(19 anos, garota de programa) "Se a gente fala que tem que colocar a camisinha eles ficam violentos e transam do mesmo jeito sem camisinha porque estão pagando"*. Alguns participantes demonstram que pelo fato de na impossibilidade de utilizar preservativo nas relações há um pressuposto que o teste seria uma medida preventiva, tomando como rotina em realizar o teste (JOHNSON, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fatores preocupantes em relação à assistência ao HIV que indicam a necessidade de maior atuação no controle da transmissão e a continuação do tratamento, pois a mudança de residência dos pacientes para outros municípios denotam efeito do estigma e preconceito em relação à doença. A identificação de um perfil de predomínio no sexo feminino, cor parda, heterossexuais, com baixa escolaridade e que residem em área urbana, pode servir como indicativo de grupos populacionais para o início das ações de controle da transmissão da doença.

Por outro lado também podemos considerar resultados positivos no sentido do diagnóstico em tempo oportuno na maioria dos casos, quando comparados aos que apresentavam já alguma doença oportunista relacionado à baixa imunidade. Da mesma forma que a melhora gradativa na diminuição da carga viral e aumento de CD4 para a grande maioria dos pacientes, após a instituição da TARV, sugere um acompanhamento eficaz destes pacientes.

As pessoas procuram a teste rápido para o HIV motivadas por inúmeras causas, e grande parte já tem como precaução quando se expõem a alguma situação de risco em realizar o teste porque tiveram o aconselhamento pré e pós teste. Daí a importância da execução do teste por profissional de nível superior, onde se tem a oportunidade de dialogo face a face sobre risco e vulnerabilidade em relação ao HIV.

De fato se confirma que mulheres acessarem mais o serviço de saúde o que sugere preocupação e motivação pelo auto cuidado em relação à saúde, enquanto

que os homens realizam geralmente por alguma causa especifica ou solicitação de profissionais.

Conclui-se neste estudo específico que pessoas heterossexuais que vivem em relacionamento estáveis com nível escolar e econômico baixo, apresentaram falta de entendimento quanto da importância da prevenção e uso de preservativo, o que comprova que estes têm maiores risco a exposição em adquirir HIV, tanto para os que não têm HIV em adquirir, bem como para os que já tem HIV em transmitir e adquirir novas IST's.

Foi evidenciado que quanto às experiências vividas pelos portadores de HIV os sentimentos de insegurança em relação aos filhos foram predominantes, pois a ameaça de não conseguir manter seu status sorológico escondido e um futuro incerto de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos mesmos causa desconforto, vergonha e preocupação. A não aceitação da doença, dificuldades de adesão a TARV devido efeitos colaterais e interação com bebida alcoólica que intensificaram quadros psicóticos e/ou depressivos, são fatores que devem ter uma analise e abordagem mais profunda por equipe inter. Por outro lado também eles demonstraram sentimentos de melhorias quanto ao auto cuidado como abandono de vícios e bom relacionamento familiar, o que ameniza o sofrimento de viver com HIV.

Os desafios estão em desencadear com mais intensidade educação sexual adequada e continua, estimulo a percepção de vulnerabilidade e risco em relação ao HIV para todas as faixas etárias, haja vista que os fatores educacionais e econômicos estão estreitamente relacionados aos comportamentos de risco.

Apesar dos grandes avanços de educação em saúde, acesso ao teste rápido de HIV, medidas de preventivas e acesso TARV, o HIV ainda apresenta altos índices. A transmissão do HIV pode ser reduzida através de medidas que estimulem as pessoas na mudança de percepção em relação à doença e com isto também alteração do comportamento de risco.

Políticas públicas eficientes e voltadas para melhoria nas condições de vida podem gerar impacto positivo na redução da transmissão do HIV.

REFERÊNCIAS

AIDSINFO. **Plasma HIV-1 RNA (Viral Load) and CD4 Count Monitoring Laboratory Testing Adult and Adolescent ARV**. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/458/plasma-hiv-1-rna--viral-load--and-cd4-count-monitoring>. Acesso em: 14 nov. 2018.

AIDSINFO. **Recognizing and Managing Antiretroviral Treatment Failure Management of Children Receiving Antiretroviral Therapy Pediatric ARV**. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/2/pediatric-arv/438/recognizing-and-managing-antiretroviral-treatment-failure>. Acesso em: 14 nov. 2018.

AIDSMAP. **Being faithful - Partner reduction in the developed world**. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/Partner-reduction-in-the-developed-world/page/1746143>. Acesso em: 25 fev. 2019a.

AIDSMAP. **Reaching the men: who are the partners of the young women with HIV in South Africa?** Disponível em: <http://www.aidsmap.com/Reaching-the-men-who-are-the-partners-of-the-young-women-with-HIV-in-South-Africa/page/3360802>. Acesso em: 24 nov. 2018b.

ANGLARET, X.; EHOLIE, S. P. Severe bacterial infections: overlooked opportunistic diseases. **The Lancet HIV**, v. 4, n. 3, p. e94–e95, 1 mar. 2017.

BORYSIEWICZ, L. K. Prevention is better than cure. **The Lancet**, v. 375, n. 9713, p. 513–523, fev. 2010.

BRAUNSTEIN, S. L. et al. Increase in CD4 $^{+}$ T-Cell Count at the Time of HIV Diagnosis and Antiretroviral Treatment Initiation Among Persons With HIV in New York City. **Journal of Infectious Diseases**, v. 214, n. 11, p. 1682–1686, 1 dez. 2016.

CASSÉTTE, J. B. et al. HIV/AIDS among the elderly: stigmas in healthcare work and training. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 733–744, out. 2016.

CASTILHO, E. A. DE; GONÇALVES, H. Problemas de saúde e a zona rural. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. suppl 1, 5 ago. 2018.

CATIE. **Putting a number on it: The risk from an exposure to HIV**. Disponível em: <https://www.catie.ca/en/pif/summer-2012/putting-number-it-risk-exposure-hiv>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CDC. **Economicamente desfavorecido | HIV por grupo | HIV / AIDS | CDC**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/group/poverty.html>. Acesso em: 7 mar. 2019.

CDC. **HIV Risk Behaviors | HIV Risk and Prevention Estimates | HIV Risk and Prevention | HIV/AIDS | CDC**. Centers for Disease Control and Prevention.

Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html>. Acesso em: 18 dez. 2018a.

CDC. **Estatísticas Básicas | Noções básicas de HIV | HIV / AIDS | CDC**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>. Acesso em: 7 mar. 2019b.

CIOE, P. A. et al. Cigarette smoking and antiretroviral therapy (ART) adherence in a sample of heavy drinking HIV-infected Men who have Sex with Men (MSM). **AIDS and behavior**, v. 21, n. 7, p. 1956–1963, jul. 2017.

DALLA PRIA, A.; BOWER, M. AIDS-related malignant disease. **Medicine**, v. 46, n. 6, p. 365–369, 1 jun. 2018.

DAMASCENO, C. K. C. S. et al. Vulnerability of women to HIV infection. **Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 3, p. 1320–1325, 14 out. 2016.

DE LA MATA, N. L. et al. Loss to follow-up trends in HIV-positive patients receiving antiretroviral treatment in Asia from 2003 to 2013. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 74, n. 5, p. 555–562, 15 abr. 2017.

DOURADO, I. et al. Revisiting the use of condoms in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 63–88, set. 2015.

ESTILL, J. et al. Viral load monitoring of antiretroviral therapy, cohort viral load and HIV transmission in Southern Africa: A mathematical modelling analysis. **AIDS (London, England)**, v. 26, n. 11, p. 1403–1413, 17 jul. 2012.

FERNANDES, N. M. et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00053415, 1 jun. 2017.

FERREIRA, M. P. Knowledge and risk perception on HIV/AIDS by Brazilian population, 1998 and 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 65–71, jun. 2008.

FIO CRUZ. **HIV(AIDS): Sintomas, transmissão e prevenção**. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/sintomas-transmissao-e-prevencao-nat-hiv>. Acesso em: 5 out. 2018.

GHOSN, J. et al. HIV. **The Lancet**, v. 392, n. 10148, p. 685–697, 25 ago. 2018.

HEALTH. **Public Awareness: How TV and Film Shaped Perceptions of HIV and AIDS**. Disponível em: <https://www.healthline.com/health/media-and-perception-of-hiv-aids>. Acesso em: 14 mar. 2019.

HENSEN, B. et al. Systematic review of strategies to increase men's HIV-testing in sub-Saharan Africa. **AIDS (London, England)**, v. 28, n. 14, p. 2133–2145, 10 set. 2014.

HERRMANN, S. et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 1, p. 56, 8 abr. 2013.

HUBACH, R. D. et al. Loneliness, HIV-Related Stigma, and Condom Use Among a Predominantly Rural Sample of HIV-Positive Men Who Have Sex With Men (MSM). **AIDS Education and Prevention**, v. 27, n. 1, p. 72–83, 1 fev. 2015.

IACOB, S. A.; IACOB, D. G.; JUGULETE, G. Improving the Adherence to Antiretroviral Therapy, a Difficult but Essential Task for a Successful HIV Treatment—Clinical Points of View and Practical Considerations. **Frontiers in Pharmacology**, v. 8, 23 nov. 2017.

IBGE. **IBGE | Brasil em Síntese | Paraná | Pinhão | Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhao/panorama>. Acesso em: 13 nov. 2018.

IMAZU, Y. et al. Experiences of patients with HIV/AIDS receiving mid- and long-term care in Japan: A qualitative study. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 4, n. 2, p. 99–104, 10 abr. 2017.

IPARDES, 2012. , [s.d.]. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos_municipios/pinhao2012.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018

IPARDES, 2018. , [s.d.]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85170&btOk=ok>. Acesso em: 16 dez. 2018

JOHNSON, A. M. 30 years on: What can HIV treatment do for HIV prevention? **Public Health**, v. 126, p. S27–S32, set. 2012.

JUSTICE, A.; SULLIVAN, L.; FIELLIN, D. HIV/AIDS, Comorbidity, and Alcohol. **Alcohol Research & Health**, v. 33, n. 3, p. 258–266, 2010.

KAUSHIC, C. et al. HIV infection in the female genital tract: discrete influence of the local mucosal microenvironment. **American Journal of Reproductive Immunology (New York, N.Y.: 1989)**, v. 63, n. 6, p. 566–575, jun. 2010.

KOFF, A.; GOLDBERG, C.; OGBUAGU, O. Condomless sex and HIV transmission among serodifferent couples: current evidence and recommendations. **Annals of Medicine**, v. 49, n. 6, p. 534–544, 2017.

LEIMIG, M. B. C. et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. p. 7, 2018.

LEYVA-MORAL, J. M. et al. Living With Constant Suffering: A Different Life Following the Diagnosis of HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 26, n. 5, p. 613–624, 1 set. 2015.

LI, Z.; SHENG, Y. Investigation of perceived stigma among people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Henan Province, China. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 1, n. 4, p. 385–388, 1 dez. 2014.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242–248, abr. 2008.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. digital ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Limitada, 2011.

MS. **Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>. Acesso em: 8 out. 2018.

MIRANDA, A. P. R. . et al. **A vulnerabilidade das mulheres frente à contaminação por HIV/AIDS**. Disponível em: <http://ptdocz.com/doc/1186069/a-vulnerabilidade-das-mulheres-frente-%C3%A0-contamina%C3%A7%C3%A3o-por-...>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MONTE, T. M. C. . **A religião e sua função social | Revista Inter-Legere**. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4619>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MS. Principais Marcadores Laboratoriais para Indicação e Monitorização do Tratamento Anti-Retroviral, Ministério da Saúde. p. 3, 14 ago. 2014.

MS. **Indicadores e Dados Básicos da AIDS nos Municípios Brasileiros**. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MS. **Boletim epidemiológico HIV/Aids 2017, Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acesso em: 17 set. 2018.

MS. **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MS. **PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV)**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MS. **SINANWEB**. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 set. 2018.

MS. **LAUDO (Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL, SISGENO e Histórico Terapêutico)**. Disponível em: <https://laudo.aids.gov.br/PAGINA/index.php>. Acesso em: 12 nov. 2018b.

MS. **Painel de Indicadores Epidemiológicos**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>. Acesso em: 16 nov. 2018c.

MS. **Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)**. Disponível

em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>. Acesso em: 15 nov. 2018c.

MS. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2018**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 28 fev. 2019d.

MUGISHA, V. et al. Determinants of Mortality and Loss to Follow-Up among Adults Enrolled in HIV Care Services in Rwanda. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, 15 jan. 2014.

NEVE, J.-W. D. et al. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 8, p. e470–e477, 1 ago. 2015.

NIAAA. **HIV / AIDS | Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA)**. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/hivaids>. Acesso em: 7 mar. 2019.

OMS, OPAS. **Brasil Health in the Americas 2017**, 7 fev. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_pt=brasil-2>. Acesso em: 25 fev. 2019

ONU. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil - PDF**. Disponível em: <https://docplayer.com.br/29903-A-onu-e-a-resposta-a-aids-no-brasil.html>. Acesso em: 15 dez. 2018.

OSKOUIE, F. et al. Qualitative study of HIV related stigma and discrimination: What women say in Iran. **Electronic Physician**, v. 9, n. 7, p. 4718–4724, jul. 2017.

PACEK, L. R.; SWEITZER, M. M.; MCCLERNON, F. J. Non-cigarette tobacco and poly-tobacco use among persons living with HIV drawn from a nationally representative sample*. **Drug and alcohol dependence**, v. 162, p. 251–255, 1 maio 2016.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. DE. Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S89–S102, 2000.

PEREIRA, H. et al. HIV Prevalence and HIV-Related Sexual Practices among Men Who Have Sex with Men in Portuguese Bathhouses. **Journal of AIDS & Clinical Research**, v. 6, n. 1, p. 1–4, 10 jan. 2015.

PEREIRA, H.; CALDEIRA, D.; MONTEIRO, S. Perceptions of HIV-Related Stigma in Portugal Among MSM With HIV Infection and an Undetectable Viral Load. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 29, n. 3, p. 439–453, maio 2018.

PERRETT, S. E.; BILEY, F. C. Negotiating Uncertainty: The Transitional Process of Adapting to Life With HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 24, n. 3, p. 207–218, 1 maio 2013.

PINHÃO. 2018. (Nota técnica).

RICHARDSON, E. T. et al. Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 17, n. 1, 27 jun. 2014.

RODRIGUES, J. A. et al. HIV: FATORES QUE ACENTUAM A VULNERABILIDADE NA POPULAÇÃO JOVEM FEMININA. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 3–10, 27 maio 2013.

RÜÜTEL, K. et al. Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. **Journal of the International AIDS Society**, v. 12, p. 13, 16 jul. 2009.

SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Serodiscordance and prevention of HIV: perceptions of individuals in stable and non-stable relationships. **Interface comun. saúde educ**, v. 19, n. 54, p. 467–478, 2015.

SAÚDE, O. P.-A. DA. Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021. **PAHO/WHO Institutional Repository**, maio 2017.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 6 maio 2015.

SKINNER, D.; MFECANE, S. Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa. **SAHARA J: journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance**, v. 1, n. 3, p. 157–164, nov. 2004.

STIRRATT, M. J. et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. **Translational Behavioral Medicine**, v. 5, n. 4, p. 470–482, dez. 2015.

STONER, M. C. D. et al. Effect of Schooling on Age-Disparate Relationships and Number of Sexual Partners Among Young Women in Rural South Africa Enrolled in HPTN 068. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 76, n. 5, p. e107, 15 dez. 2017.

TABNET, DATASUS. **IDB-1997 - D.3.1 - Taxa de prevalência de AIDS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/morb/fqd0301.htm>. Acesso em: 13 nov. 2018.

THAPA, S. et al. Building a Conceptual Framework to Study the Effect of HIV Stigma-Reduction Intervention Strategies on HIV Test Uptake: A Scoping Review. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 28, n. 4, p. 545–560, 1 jul. 2017.

UNAIDS. **Prevenção Combinada UNAIDS Brasil**, 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em: 8 out. 2018

WHITESIDE, A. et al. Mixed results: the protective role of schooling in the HIV epidemic in Swaziland. **African Journal of AIDS Research**, v. 16, n. 4, p. 305–313, 2 out. 2017.

WHO. **GHO | By category | Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 - Estimates by WHO region**. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22500WHOREG?lang=en>. Acesso em: 7 mar. 2019.

ZHANG, X. et al. Factors associated with the Household Income of Persons Living with HIV/AIDS in China. **Global Journal of Health Science**, v. 4, n. 3, 28 abr. 2012.