



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA KELLY BATISTA DA SILVA

**FATORES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO
HIV EM JOVENS: UM ESTUDO COMPARADO**

JOÃO PESSOA /PB

2022

JULIANA KELLY BATISTA DA SILVA

**FATORES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO
HIV EM JOVENS: UM ESTUDO COMPARADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de Pesquisa: HIV na população jovem: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e comportamentais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Jordana de Almeida Nogueira.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

JOÃO PESSOA /PB

2022

S586f Silva, Juliana Kelly Batista da.

Fatores comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens: um estudo comparado / Juliana Kelly Batista da Silva. - João Pessoa, 2022.
103 f: il.

Orientação: Jordana de Almeida Nogueira. Coorientação: Oriana Deyze
Correia Paiva Leadebal. Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. HIV - Jovem. 2. Adulto jovem. 3. Análise transversal. 4. Soroprevalência de HIV. 5. Comportamentos de risco. I. Nogueira, Jordana de Almeida. II. Leadebal, Oriana Deyze Correia Paiva. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.98:578.828-053.6(043)


JULIANA KELLY BATISTA DA SILVA

**FATORES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO
HIV EM JOVENS: UM ESTUDO COMPARADO**

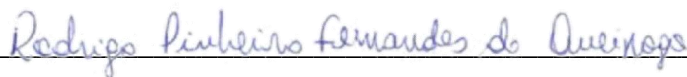
Dissertação submetida à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em 24/02/2022


Banca examinadora



Prof.^a Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga- Examinador Externo
(Universidade Federal de Campina Grande - UFCG)



Prof.^a Dr.^a. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal- Examinador Interno
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

DEDICATÓRIA

*A minha estrela que deixou meu mundo
ainda mais sereno em sua passagem em minha
vida, todo meu coração e meus sonhos são
lembretes do quanto você me fez quem sou
hoje: minha Edite.*

AGRADECIMENTOS

Toda minha construção humana advém de uma base que me fortalece a cada dia, não há agradecimento mais singelo do que atitudes, enaltecimento e amor diário. Estes, são reservados às pessoas que me transcendem força e luz: minha família. Sim! Parece-me clichê descrever o que o coração exala para as pessoas que acompanham sua trajetória, e conhecem suas maiores fragilidades em um documento formal. Poderia passar essa etapa e acionar o comando “*enter*” tendo em vista seu cunho opcional, mas essa não seria Juliana.

Porque meus pais -Valdilene e João- foram as pessoas que me forneceram subsídios para estudar quando não obtinham condições estruturais, minha irmã Jéssica, teve a proeza de me levantar todas as vezes que a vida tentava me levar com suas correntezas, e me firmar com seus desertos. Meu esposo Erick, me fez reconhecer a verdadeira Juliana que estava internalizada por uma enxurrada de medos, anseios e limitações depositadas através de ambientes que me foram impostos ao longo dos anos.

Dentre tantas bases que fui presenteada, também construí elos além de familiares, não poderia desperdiçar a oportunidade de descrever sobre a pessoa que me levou a conhecer uma nova face do HIV: Jordana. Para ela, não há limites para o conhecimento, mas esse é facilitado quando é construído e motivado dentro das suas próprias experiências. Jordana é a representação humana de didática e apoio no ensino, ela tem a serenidade de passear pelo HIV e lhe levar a reviver todo contexto de lutas e construção das Políticas de saúde de uma forma que você é levada pelos seus pensamentos -hipnotizada- e nessas *viagens* quando você se der conta, o tempo tem passado sem contabilidade alguma.

Nessa perspectiva de construção, meu coração também ficou atrelado a ela que representou inspiração para seguir a jornada em doenças transmissíveis: Oriana. Sem o seu olhar e forma de conduzir à docência possivelmente estaria descrevendo outras histórias e trajetórias inerentes a minha vida. Oriana representa amizade, alegria por todas as pessoas que têm o privilégio de tê-la. Privilégio esse que fui agraciada desde a graduação, que sorte a minha!

Dentro do mundo da estatística, variáveis e *softwares* deixo aqui meus registros de toda gentileza e atenção ao longo da pesquisa, construção e análise: Rodrigo, você foi essencial para todos nós. E nos bastidores internalizados por meio de ligações, reuniões em plataformas, consolo, amizade, força e encontros, registro e enalteço meus amigos do NEHAS: Jamira, William, Renata e Luciana. Todos citados e não citados, me auxiliaram na construção da minha Dissertação, fragmentos alocados em um espaço interno e que serão sempre lembrados.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana

ARV - Antirretrovirais

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

EUA - Estados Unidos

FURP - Fundação para o Remédio Popular

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem sexo com Homens

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LAFEP - Laboratório Farmacêutico do estado de Pernambuco

MHS – Movimento Homossexual

NEHAS - Núcleo de Estudos em HIV/Aids, saúde e sexualidade

ONGs - Organizações não governamentais

OSC - Organização da sociedade civil

PEP - Profilaxia pós exposição

PrEP - Profilaxia pré exposição

RAS - Redes de atenção à saúde

RD - Redução de danos

RP- Razão de Prevalência

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

TARV -Terapia Antirretroviral

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UHC - Sistema Universal de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Estruturação do Programa Nacional do HIV/Aids.....	26
Figura 2	Representação gráfica da Mandala de Prevenção combinada.....	30
Figura 3	Dimensões do aconselhamento em HIV.....	36
Figura 4	Delineamento para condução de estudos transversais conforme exposição aos indivíduos estudados.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características para seleção do universo amostral segundo municípios investigados. João pessoa/Campina Grande, 2020.....	44
Quadro 2	Variáveis selecionadas para o estudo conforme categorias e subgrupos.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	51
Tabela 2	Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo histórico de exposição de risco. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	53
Tabela 3	Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo práticas de exposição de risco. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	55
Tabela 4	Caracterização do perfil sociodemográfico dos jovens segundo desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	57
Tabela 5	Histórico de exposição de risco dos jovens segundo desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	59
Tabela 6	Práticas sexuais de exposição de risco dos jovens conforme desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	61
Tabela 7	Prevalência de HIV em jovens segundo fatores sociodemográficos e comportamentais: razão de prevalência. João Pessoa/Campina Grande, 2021.....	62

RESUMO

SILVA, J. K. B. da. **Fatores comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens:** um estudo comparado. 2022. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: Considerados segmentos populacionais prioritários pelas políticas públicas de enfrentamento do HIV, os jovens constituem grupo epidemiologicamente em destaque, cujas peculiaridades, incluindo aspectos comportamentais dessa faixa etária, suscitam abordagens no campo da atenção à saúde mais responsivas às suas necessidades. **Objetivos:** Analisar comparativamente a prevalência e fatores comportamentais associados à infecção ao HIV em jovens de dois municípios paraibanos. **Método:** Estudo observacional, de corte transversal, tipo inquérito, realizado em Centros de Testagem e Aconselhamento das sedes de duas macrorregiões de Atenção à Saúde no Estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande. A amostra foi composta por 279 jovens com idade entre 15 e 24 anos, recrutados por ocasião do comparecimento ao serviço para realização do teste rápido para o HIV. Os dados foram coletados empregando-se um instrumento estruturado e validado, e analisados por meio de testes qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher, e razão de prevalência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer consubstanciado nº 3.935.713. **Resultados:** Dos 279 jovens investigados, 3,9% testaram positivo para HIV, com soroprevalência de 7,14% no município de Campina Grande e 2,2% em João Pessoa. Jovens do sexo masculino, autodeclarados pardos, de escolaridade alta, que estudam e trabalham e com renda entre um a três salários-mínimos obtiveram maior frequência nos resultados reagentes para HIV. Fatores comportamentais como início de atividade sexual entre maiores de 18 anos de idade, uso do preservativo frequente durante as relações sexuais, realização de testes anteriores, e busca ao CTA por exposição sexual representaram maior prevalência ao HIV. A um nível de significância de 0,05, as variáveis independentes que se associaram significativamente ao desfecho HIV foram jovens do sexo e gênero masculino, procedentes de Campina Grande (RP=3,2), exposição sexual como motivo do teste atual (RP=2,29), homossexuais (RP=4,8), com percepção de alto risco de adquirir HIV (RP=7,9) e prática de sexo anal receptivo (RP=1,93). **Conclusão:** A execução desta pesquisa apontou elevada soroprevalência na população jovem estudada, observando-se maior concentração de casos no município de Campina Grande. Os fatores comportamentais apontados no estudo, devem fazer parte de informações estratégicas em vigilância ao HIV, para auxílio na implementação de ações de fortalecimento a prevenção deste agravo na população jovem, com ênfase em todas as especificidades dessa faixa etária.

Palavras-chave: Jovem; Adulto Jovem; Análise Transversal; Soroprevalência de HIV; Comportamentos de risco à saúde

ABSTRACT

SILVA, J. K. B. da. **Behavioral factors associated with HIV infection in young people:** a comparative study. 2022. 103f. Dissertation (Master's in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

Introduction: Considered priority population segments by public policies to combat HIV, young people are an epidemiologically prominent group, whose peculiarities, including behavioral aspects of this age group, prompt approaches in the field of health care that are more responsive to their needs. **Objectives:** To comparatively analyze the prevalence and behavioral factors associated with HIV infection in young people from two municipalities in Paraíba. **Method:** Observational, cross-sectional, survey-type study carried out in Testing and Counseling Centers in the headquarters of two Health Care macro-regions in the State of Paraíba: João Pessoa and Campina Grande. The sample consists of 279 young people aged between 15 and 24 years, recruited when they attended the service to perform the rapid HIV test. Data were collected using a structured and validated instrument, and analyzed using chi-square (χ^2) or Fisher's exact tests, and prevalence ratio. The research was approved by the Research Ethics Committee, according to opinion number 3,935,713. **Results:** the 279 young people investigated positive, 3.9% tested for HIV, with a seroprevalence of 7.14% in the city of Campina Grande and 2.2% in João Pessoa. Young males, self-declared brown, with high schooling, who study and work and with income between one to three minimum wages had a higher frequency of positive results for HIV. Behavioral factors such as initiation of sexual activity among those over 18 years of age, frequent condom use during sexual intercourse, previous tests, and seeking CTA due to sexual exposure represented a higher prevalence of HIV. At a significance level of 0.05, the independent variables that were significantly associated with the HIV outcome were young men and women, from Campina Grande (PR=3,2), sexual exposure as the reason for the current test (PR= 2,29), homosexuals (PR=4,8), with a perception of high risk of acquiring HIV (PR=7,9) and practicing receptive anal sex (PR=1,93). **Conclusion:** The execution of this research showed a high seroprevalence in the young population studied, with a higher concentration of cases in the city of Campina Grande. The behavioral factors pointed out in the study should be part of strategic information on HIV surveillance, to help implement actions to strengthen the prevention of this disease in the young population, with emphasis on all the specifics of this age group.

Keywords: Young; Young Adult; Cross-sectional Analysis; HIV Seroprevalence; Health Risk Behaviors

RESUMEN

SILVA, J. K. B. da. **Factores conductuales asociados a la infección por VIH en jóvenes:** un estudio comparativo. 2022. 103f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Introducción: Considerados segmentos poblacionales prioritarios por las políticas públicas de combate al VIH, los jóvenes constituyen un grupo epidemiológicamente destacado, cuyas peculiaridades, incluyendo aspectos conductuales propios de este grupo etario, impulsan abordajes en el campo de la atención de la salud más sensibles a sus necesidades. **Objetivos:** Analizar comparativamente la prevalencia y los factores comportamentales asociados a la infección por VIH en jóvenes de dos municipios de Paraíba. **Método:** Estudio observacional, transversal, de tipo encuesta, realizado en Centros de Testeo y Consejería de las sedes de dos macrorregiones de Atención a la Salud del Estado de Paraíba: João Pessoa y Campina Grande. La muestra está formada por 279 jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, reclutados cuando acudían al servicio para realizarse la prueba rápida de VIH. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento estructurado y validado, y analizados mediante chi-cuadrado (χ^2) o pruebas exactas de Fisher y razón de prevalencia. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, según dictamen número 3.935.713. **Resultados:** de los 279 jóvenes investigados positivos, el 3,9% realizó la prueba de VIH, con una seroprevalencia del 7,14% en la ciudad de Campina Grande y del 2,2% en João Pessoa. Los jóvenes del sexo masculino, autodeclarados pardos, con escolaridad media, que estudian y trabajan y con ingresos entre uno a tres salarios mínimos tuvieron mayor frecuencia de resultados positivos para VIH. Factores conductuales como el inicio de la actividad sexual entre mayores de 18 años, uso frecuente del condón durante las relaciones sexuales, pruebas previas y la búsqueda de ATC por exposición sexual representaron una mayor prevalencia de VIH. Con un nivel de significación de 0,05, las variables independientes que se asociaron significativamente con el resultado de VIH fueron hombres y mujeres jóvenes, de Campina Grande (RP=3,2), exposición sexual como motivo de la prueba actual (RP= 2,29), homosexuales (RP=4,8), con percepción de alto riesgo de contraer el VIH (RP=7,9) y practicar sexo anal receptivo (RP=1,93). **Conclusión:** La ejecución de esta investigación mostró una alta seroprevalencia en la población joven estudiada, con mayor concentración de casos en la ciudad de Campina Grande. Los factores conductuales señalados en el estudio deben formar parte de información estratégica sobre la vigilancia del VIH, para ayudar a implementar acciones que fortalezcan la prevención de esta enfermedad en la población joven, con énfasis en todas las especificidades de este grupo etario.

Palabras llave: Joven; Adulto joven; Análisis transversal; Seroprevalencia de VIH; Conductas de riesgo para la salud

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Contextualizando o objeto de pesquisa.....	19
1.2 Objetivos.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 Breve contextualização das Políticas de enfrentamento ao HIV	25
2.2 Elementos contribuintes da vulnerabilidade do jovem ao HIV: um enfoque sobre os fatores comportamentais.....	37
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1 Desenho do estudo.....	41
3.2 Cenários do estudo.....	42
3.3 População e amostra.....	43
3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	45
3.5 Processamento e análise dos dados.....	49
3.6 Aspectos éticos.....	49
4 RESULTADOS.....	51
4.1 Caracterização sociodemográfica dos jovens.....	52
4.2 Caracterização comportamental dos jovens.....	53
4.3 Características sociodemográficas segundo desfecho sorológico.....	57
4.4 Fatores comportamentais segundo desfecho sorológico.....	59
4.5 Razão de Prevalência segundo fatores sociodemográficos e comportamentais.....	62
5 DISCUSSÃO.....	65
6 CONCLUSÕES.....	76
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados.....	93
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	100
APÊNDICE C - Termo de assentimento.....	101
ANEXO A- Parecer consubstanciado CEP.....	102

*“Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber
Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver
Bom mesmo é ter sexto sentido
Sair distraído espalhar bem-querer”*

Chico César

APRESENTAÇÃO

Apesar de toda propensão que tive ao longo da minha vida de não realizar, ou não obter perspectivas de ingresso em Universidades, minhas vivências levaram-me de alguma forma a desejar proporcionar cuidados em saúde para as pessoas. Em minhas memórias, lembro-me com ênfase da minha avó materna, Edite, a qual frequentemente apresentava lesões de pele que necessitavam de curativos. Esse despertar trazia alguma forma de satisfação, que foi percebida ao longo do tempo.

Mesmo diante de dificuldades financeiras e ausência de suporte adequado no ensino fundamental e médio, ingressei em agosto de 2011, no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Me mudei de cidade - João Pessoa - onde firmei laços e permaneci. Durante a graduação, busquei aproveitar todas as oportunidades e experimentar tudo o que tinha ao meu alcance (e o que não tinha também), sempre busquei obter minhas próprias conclusões. Esta inquietação me levou a ser monitora de Semiotécnica, aluna de Iniciação Científica e estagiária no centro de Pesquisa e Pós-Graduação do CCS/UFPB.

Contudo, minha “*chave*” virou especialmente nas disciplinas que levaram ênfase às doenças/agravos transmissíveis. Chave essa, que me levou a buscar e viver os dois anos mais intensos de minha trajetória: realizei a inscrição e passei em 1º lugar para modalidade de residência uni profissional em Infectologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz. No cumprimento de mais uma vez de minhas inquietudes, me mudei novamente de cidade, em novos rumos, mais uma vez busquei aproveitamento de todas as oportunidades que me foram evidenciadas.

Mergulhando em todos os aspectos da Infectologia, pude reconhecer as vulnerabilidades que permeiam sobre os agravos transmissíveis. Conheci e vivi o estigma, descobri o quanto desolador é o preconceito, a retração e que o apoio é necessário no reconhecimento pelos profissionais de que suas palavras podem mudar e impactar diretamente na vida das pessoas. Cuidei (sim! “assistenciar” pessoas que com agravos transmissíveis em Instituições públicas lhe retiram da dimensão plena do curativismo) de pessoas que viviam com HIV e/ou aids, hanseníase, tuberculose, meningites, hepatites virais, raiva humana, botulismo, síndromes respiratórias ocasionadas por vírus, acidentes por animais peçonhentos, tétano acidental, leishmaniose, dentre outros agravos.

Apesar de doenças distintas, todas me propuseram um resultado em comum: precisei me (des) construir como humana e me reconstruir como Enfermeira. Essa transição foi necessária para me retirar das amarras do ambiente estrutural e restrito que cresci. Isso me fez ampliar visões e me desfazer de (pré) conceitos que aplicava em minha vivência. Cuidei de pessoas que viviam em desvantagens econômicas e, devido a isso, por muitas vezes eram arrancados da liberdade da escolha. Vi famílias devastadas por diagnósticos abruptos, mas também vi milagres (muitos) e histórias de superação.

Tive a oportunidade também de trabalhar em um Serviço de Atenção Especializado (SAE), cuja condição de funcionária, me propiciou liberdade em alguns aspectos para executar estratégias de adesão ao serviço e à terapia medicamentosa. Construí laços findados até os dias atuais e ainda mantenho contato com alguns dos meus pacientes. Ainda nesse mergulho em amplitude, sentia que me faltava mais. Precisava sair da minha “caixinha” curativista e medicamentosa, precisava ter mais subsídios para melhor entender as especificidades do HIV.

Então, no meu retorno para João Pessoa, trabalhei com outras especialidades e atualmente sou membro executora do Controle de Infecção Hospitalar de um Hospital Privado do município, também faço parte do corpo docente de cursos profissionalizantes. Estando firmada novamente em minha cidade, busquei realizar a seleção para o Mestrado, com muitas dúvidas e longe da UFPB há quase três anos. Porém, os meus caminhos encontraram-se novamente e pude estreitar meus laços com HIV mais uma vez. O olhar científico que o Programa me proporcionou me levou a ansiar mais ainda a voltar a executar atividades assistenciais a pessoas que vivem com HV. Hoje tenho outra visão, ampliada, porém ainda inquieta e com o coração repleto de saudades.

Ao longo da dissertação, o leitor poderá visualizar que os capítulos foram divididos primariamente em **Introdução** com abordagem de aspectos associados a concentração da infecção pelo HIV em jovens e elementos que devem ser incorporados na compreensão da magnitude, com a questão da pesquisa, objetivo geral e específicos; seguida da **Revisão da literatura**, com subtópicos relacionados a “*Breve contextualização das Políticas de enfrentamento ao HIV*” onde são

descritos os princípios de inicialização da política, implementação, execução e aspectos comportamentais associados e *“Elementos contribuintes da vulnerabilidade do jovem ao HIV: um enfoque sobre os fatores comportamentais”* com ênfase nas especificidades do jovem quanto a políticas de atenção à saúde.

O **Percurso metodológico** descreve as etapas do estudo, com desenho do método, descrição de cenário, instrumento utilizado com explanação das variáveis utilizadas na pesquisa, bem como, procedimento de coleta e de análise dos dados. Os **Resultados** do estudo são apresentados através de estatística descritiva e inferencial representada pela caracterização sociodemográfica e comportamental dos jovens incluídos no estudo, e comparação sociodemográfica e comportamental conforme desfecho sorológico.

Para subsidiar a análise de dados de soroprevalência em jovens e fatores comportamentais, estudos nacionais e internacionais foram abordados e descritos na **Discussão** do presente estudo. Para finalizar as **Conclusões** apresentam os principais resultados, perspectiva para novas análises e as limitações do estudo.

*“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no
que você não conhece como eu mergulhei.*

*Não se preocupe em entender, viver
ultrapassa qualquer entendimento”*

A Hora da Estrela, Clarice Lispector

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o objeto de pesquisa

Considerados segmentos populacionais prioritários, jovens constituem grupo no qual se tem observado tendência de aumento da prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e que exigem, na perspectiva da atenção à saúde, abordagens responsivas às suas singularidades, próprias do processo de formação e solidificação do comportamento, que por sua vez repercutem na exposição à determinadas doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2013; 2020).

Especificidades, diversidades, alterações físicas, biológicas, psicossociais e estruturais inerentes à juventude, dão origem a atitudes, comportamentos e práticas, que podem refletir em maior exposição de risco ao HIV. Esses aspectos têm sido demonstrados através da incidência de casos ocorridos especificamente nesta fase da vida (ROEHRS, *et al.* 2010; BRASIL, 2017).

No Brasil e em diversos países há evidências de concentração de novas infecções pelo HIV na juventude, definida como etapa de vida ocorrida entre os 15 e 24 anos (BRASIL, 2013; WOHLGEMUTH; POLEJACK; SEIDL, 2020). Sabe-se que mundialmente em 2020, 4.200 adolescentes e mulheres jovens com idades entre 15 e 24 anos obtiveram sorologia positiva para o HIV semanalmente. Populações-chave como, profissionais do sexo e seus clientes, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que injetam drogas, pessoas trans e seus parceiros sexuais foram responsáveis por 65% das infecções por HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2021).

Estudo realizado na China, em 2015, observou que a proporção geral de infecções recentes foi maior em jovens com idade inferior a 25 anos (16,7%) (CHEN, *et al.* 2019). Corroborando a dados de pesquisa na Líbia, onde jovens do sexo masculino tiveram as taxas mais altas de HIV durante o período estudado (2013 a 2017), chegando a 75% dos casos identificados, contudo sem presença de variações no sexo feminino (DAW, *et al.* 2019).

Pesquisa comportamental conduzida na Índia, identificou que a incidência de HIV anual (2013) na região nordeste (n=6543) foi maior entre a faixa etária de

18 a 24 0,9 (0,2 - 1,5), quando comparado a incidência entre adultos com idade superior a 30 anos 0,6 (0,1 - 1,1) (GANAPATHI, *et al.* 2019). Nos Estados Unidos (EUA) adolescentes (13 a 24 anos) representaram 21% das novas infecções pelo HIV em 2018 (n=7,600) (CDC, 2019). Na República da Coreia entre os anos de 2010 a 2015, foi identificado que os adultos jovens apresentaram a mudança mais considerável dentro da faixa etária correspondente, destes, jovens com 20 anos representaram 50% da taxa de prevalência ao HIV (YOO, *et al.* 2020).

Dados de incidência no Brasil, conforme Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2020), descrevem que, de 2009 a 2019, houve incremento da taxa de detecção de aids em homens nas faixas de 15 a 19 anos (64,9%), de 20 a 24 anos (74,8%), de 25 e 29 anos e maiores de 60 anos. A maior taxa de detecção em 2019 ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos (52,0 casos/100 mil habitantes), sobressaindo às taxas em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2015. Homens jovens entre de 20 a 24 anos também apresentaram tendência de aumento no coeficiente de mortalidade por aids, onde em análise comparativa percebe-se que em 2009, o coeficiente era de 3,0 e, em 2019, passou para 3,3 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

Pesquisa realizada na região Sudeste do país, evidenciou que a taxa de infecção pelo HIV entre jovens do sexo masculino entre 20 e 24 anos em 2007 representava 11,8 por 100 mil habitantes. Em 2017 em análise comparativa, observou-se um aumento para 133. No mesmo período, entre jovens de 15 a 19 anos a incidência passou de 13,2 para 29,6 por 100 mil habitantes (ALVES, *et al.* 2020).

Especificamente nas regiões Norte e Nordeste houve tendência de crescimento na taxa de detecção nos últimos dez anos, onde se observou que em 2009, as taxas foram de 20,9 (Norte) e 14,1 (Nordeste) casos por 100 mil habitantes, enquanto em 2019 foram de 26,0 (Norte) e 15,7 (Nordeste), com aumento de 24,4% e 11,3% respectivamente. Na Paraíba, a maior concentração dos casos de aids foi observada em pessoas com idade entre 20 e 49 anos (79,1%), de ambos os sexos (BRASIL, 2020).

Pereira *et al.* (2014) também evidenciaram por análise realizada com 3.768 jovens de 13 a 24 anos em estado do Nordeste do Brasil, que 1,26% dos jovens na faixa entre 13 até 19 anos e 2,19% entre 20 e 24 anos apresentaram sorologia positiva para HIV. Ressalta-se que adolescentes (13-19 anos) são considerados pertencentes a um segmento com acometimento precoce por via sexual, com impacto posterior em maior prevalência na infecção pelo HIV em adultos jovens (20-24 anos). Dados de estudo observacional, realizado na mesma localidade no período de 1996 a 2019, evidenciou aumento na incidência ($12,5 \pm 9,6$ casos/ano) de casos de HIV em município de médio porte, com reflexo de interiorização da epidemia (MEDEIROS, *et al.* 2021).

Para compreensão de fatores associados a concentração de casos de infecção pelo HIV em jovens, Gebala e Magalhães (2015) investigaram atitudes e comportamentos de risco, com identificação de número significativo de jovens com múltiplos (as) parcerias sexuais e início de atividade sexual antes dos 15 anos, com limitações em assumir comportamentos preventivos. Rodrigues (2016), refere ainda, média de início da vida sexual aos 14,3 anos com existência de associações entre vulnerabilidade individual de jovens ao HIV e o início de vida sexual. Magadi; Desta (2011) ressaltaram que a influência do comportamento sexual é associada a fatores socioeconômicos, culturais e demográficos, bem como, na perspectiva de Chen *et al.* (2019) a desordem socioeconômica e comportamentos sexuais são associados à infecção pelo HIV.

A evidência multifatorial de riscos inerentes aos jovens, também foi observada em estudo realizado na Bélgica, com alunos do terceiro e quinto ano do ensino médio, onde o nível socioeconômico dos alunos obteve efeito associativo ao conhecimento sobre HIV. Tais achados relacionaram o baixo status socioeconômico dos alunos ao menor conhecimento (ROSSEM; BERTEN; & TUYCKOM, 2010). Por sua vez, já é consenso a importância do conhecimento ou nível de escolaridade para o acesso a informações inerentes a prevenção de doenças e promoção da saúde (SANTOS, *et al.* 2021).

Especificamente no tocante a atitudes e práticas em relação ao HIV, pesquisa realizada no país de Gana, com jovens de 15 a 24 anos, trouxe como evidências

conhecimentos inadequados sobre HIV e aids, e envolvimento em práticas de risco relacionados ao HIV (DZAH; TARKANG; LUTALA, 2019). Assim como pesquisa conduzida por Asuquo *et al.* (2021) que verificou envolvimento reduzido de jovens na África Subsaariana em atividades preventivas relacionadas ao HIV. Estes estudos ressaltam a importância da efetivação de políticas públicas, que contemplem estratégias de prevenção e controle da infecção na população de 13-24 anos (PEREIRA, *et al.* 2014).

No tocante à prevenção, estudos evidenciaram que países cuja adoção de educação sobre saúde reprodutiva e sexual para jovens é efetiva, obtiveram maior adesão a utilização do preservativo e na realização de testes para HIV (CAMPOS, *et al.* 2014; CHOUDHRY, *et al.* 2015; BHATTACHARJEE, *et al.* 2015; SANTOS, *et al.* 2021).

Torna-se importante ressaltar que na especificidade de identificação de comportamentos de risco, estudo evidencia que a não adesão ao uso do preservativo tem sido especificado como principal causa de novas infecções pelo HIV entre os jovens, tendo em vista que apenas 40,9% dos sujeitos relataram usá-lo sempre (VELO-HIGUERAS, *et al.* 2019). Pesquisas são necessárias, para amplitude do entendimento da baixa aceitabilidade dessas estratégias preventivas, com ênfase em intervenções para ampliação da oferta de acesso ao jovem (KRISHNARATNE, *et al.* 2016).

Nesta perspectiva as intervenções comportamentais em saúde propõem a implementação de elementos que busquem acesso às estratégias de prevenção ao HIV nos serviços de saúde (BRASIL, 2017). Essas, por sua vez, devem buscar melhorar a consciência e aceitabilidade do jovem quanto aos mecanismos de prevenção, através de atuação na consciência e aceitabilidade dos meios direcionados (HARGREAVES, *et al.* 2016).

Percebe-se que há expansão das evidências de estudos comunitários e estruturais com relação à prevenção da exposição ao HIV, com foco principalmente em adultos (MONTEIRO, *et al.* 2019; SANTOS, *et al.* 2021). Contudo, os jovens ainda permanecem com lacunas estruturais e comportamentais a serem melhor compreendidas de acordo com especificidades de cada faixa etária (SOUZA *et al.*,

2013; CAMPOS, *et al.* 2014; CHOUDHRY, *et al.* 2015; BHATTACHARJEE, *et al.* 2015; MEDEIROS, *et al.* 2021).

Conhecimento de novas abordagens, e fatores comportamentais que são associados à compreensão mais ampla dos mecanismos que impactam na transmissão do HIV, podem quantificar os efeitos das intervenções para melhor contribuição crítica na implementação de estratégias preventivas (HARGREAVES, *et al.* 2016; KHANNA, *et al.* 2021).

Nesta vertente, que coloca o jovem como centro de reflexão, este estudo direciona-se a investigação de fatores comportamentais associados à infecção pelo HIV. A comparação de locais que também será destacada na pesquisa, parte da evidência de interiorização da epidemia, assim, dois municípios foram estudados, correspondendo a uma capital, e um município de médio porte (SOUZA *et al.*, 2013; MEDEIROS, *et al.* 2021).

A este despeito, indaga-se: *Qual a soroprevalência do HIV na população jovem? Quais fatores comportamentais estão relacionados à Infecção pelos HIV? Existe diferença de soroprevalência entre os locais estudados?*

1.2 Objetivos

Geral:

Analisar comparativamente a soroprevalência e fatores comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens de dois municípios paraibanos.

Específicos:

1. Descrever o perfil sociodemográfico e comportamental de jovens de 15 a 24 anos atendidos em Centros de Testagem e Aconselhamento;
2. Verificar a prevalência da infecção pelo HIV em jovens atendidos por centro de testagem e aconselhamento dos dois municípios investigados;
3. Investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas/comportamentais e o desfecho sorológico para o HIV na população estudada.

*“Quando não tinha nada, eu quis
Quando tudo era ausência, esperei
[...] Quando o olho brilhou, entendi
Quando criei asas, voei... [...]
Quando dei por mim, tava aqui...”*

À primeira vista, Chico César

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve contextualização das Políticas de enfrentamento ao HIV

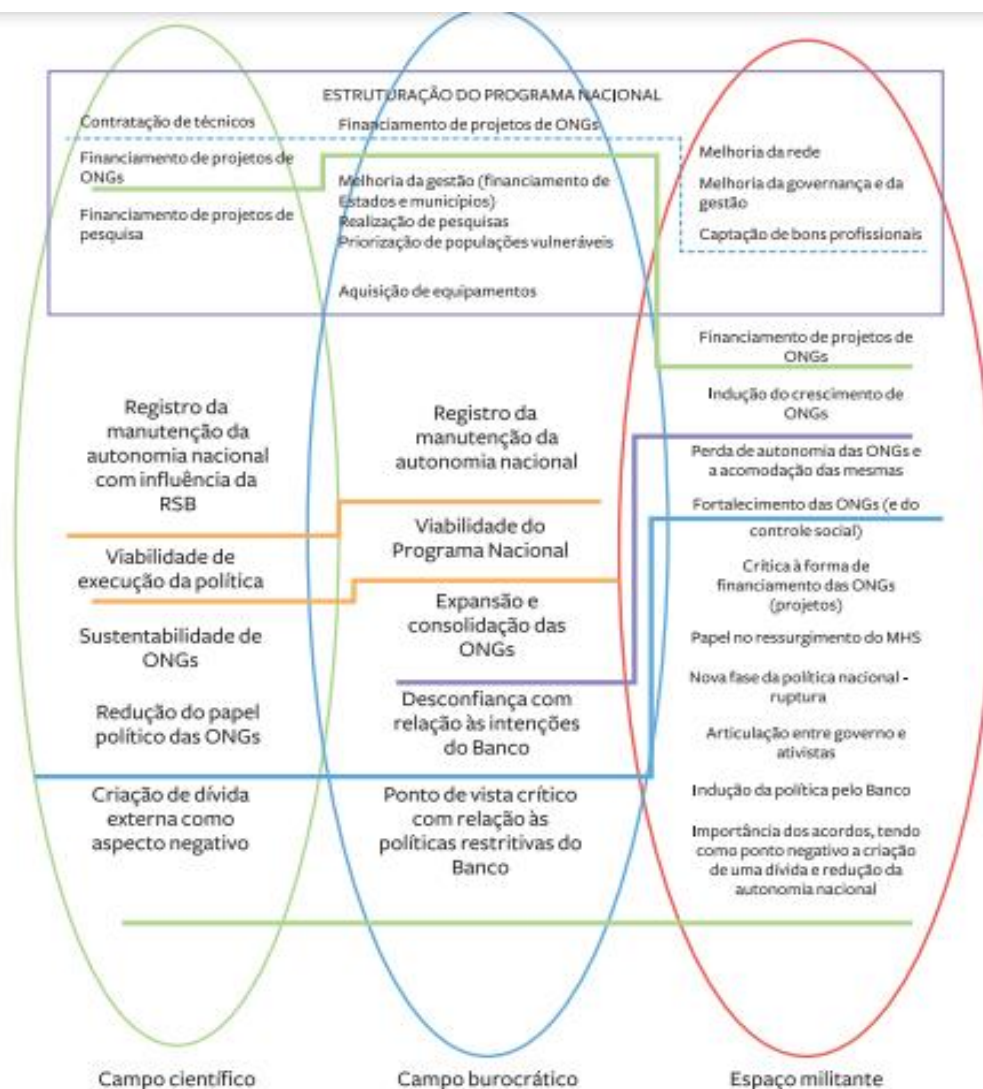
A Política Nacional de combate à epidemia do HIV/Aids teve início de implementação em 1985. No mesmo ano também iniciou a preparação para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, por intermédio dos debates envolvidos pela iniciativa da sociedade civil ao movimento da reforma sanitária, e início de ocupações em cargos descentralizados de diversos quadros do movimento assumindo postos nas secretarias estaduais de saúde desde 1983 e no Ministério da Saúde a partir de 1985, onde ainda eram imaturas as possibilidades terapêuticas com relação ao tratamento da infecção pelo HIV (BARROS, 2018).

Ressalta-se a importância da força dos movimentos da sociedade civil, como lideranças do movimento homossexual, internacionais, artistas, figuras públicas, do esporte e da música que, juntamente com autoridades sanitárias, impulsionaram a incorporação de estratégias de controle da epidemia como política pública de saúde (BARROS, 2018).

Esta mobilização social emergiu durante o processo de finalização da ditadura militar, e consequente abertura política do país. Impulsionados pela busca da efetivação da democracia, interesses sociais frente a resolução da epidemia do HIV impulsionaram respostas e reconhecimento da gravidade pelo governo. Com legitimação das Organizações Não Governamentais (ONGs), criação do Programa Nacional de DST/Aids, e efetivação de empréstimos mundiais para ações de combate à epidemia do HIV, além de controle de bancos de sangue com desenvolvimento e implementação de triagem com kits diagnósticos para o HIV e criação de serviços especializados (BRASIL, 1999; BARROS, 2018).

Vale ressaltar, em termos orçamentários, a importância dos acordos de empréstimos para execução do Programa Nacional. Barros (2018) através de relatos de agentes entrevistados, construiu representação gráfica (Figura 1) estratificada por concepções do campo científico, burocrático e militante de todos os subespaços para a estruturação do Programa, relacionada à contratação de técnicos, financiamento de projetos de ONGs e projetos de pesquisa, melhoria da rede de assistência, e da governança e gestão.

Figura 1- Estruturação do Programa Nacional do HIV/Aids.



* RSB - Reforma Sanitária Brasileira

**MHS - Movimento Homossexual

Fonte: Barros, 2018.

Apesar do reconhecimento internacional, a política brasileira de controle da aids ainda permanecia com entraves associados ao acesso universal de antirretrovirais (ARV), tendo em vista os custos elevados de importação. Após o então Ministro da Saúde, José Serra, decidir centralizar e ampliar a produção nacional de antirretrovirais genéricos, houve ameaça de utilização de licenças para

produção medicamentos patenteados, o que impulsionou os Laboratórios estatais como o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) e Fundação para o Remédio Popular (FURP), de São Paulo, a iniciar a produção de ARV em 1999 e o Laboratório Farmacêutico do estado de Pernambuco (LAFEP), em 2000 (BRASIL, 1999; BARROS, 2018).

O início da produção nacional e as negociações com a indústria farmacêutica proporcionaram respostas efetivas à epidemia (BARROS, 2018; BRASIL, 2020). A este despeito, uma nova fase social inicia-se frente ao HIV com mudanças no cenário epidemiológico, impactos na sobrevida das pessoas diagnosticadas, redução da incidência de casos e de mortalidade, com transição de um período em que o impacto emergencial era a “sobrevivência” à doença (condição aguda), para um período cuja ênfase voltava-se para “viver” com a infecção (condição crônica) (BRASIL, 1999; 2018; BARROS, 2018).

Ressalta-se que a referida Política Nacional, respondeu operacionalmente dentro do âmbito do SUS com sucesso ao longo dos anos na execução dos seus eixos no Brasil. Em comparação com outros países que utilizam da atenção universal à saúde (UHC) esforços vêm sendo feitos para integrar a atenção ao HIV ao sistema. Porém ainda há lacunas no que diz respeito ao conhecimento e intervenções específicas para segmentos prioritários, no tocante a população em estudo (BARROS, 2018; BRASIL, 2020; GARNETT, 2021).

Krishnaratne, *et al* (2016) defendem que mudanças em políticas se fazem necessárias para aprimorar, e/ou criar ferramentas para a garantia de intervenções comportamentais, na perspectiva da atenção à saúde, que tenham aplicabilidade nos segmentos que mais necessitam.

Neste aspecto, as diretrizes que compuseram a política nacional de DST/Aids, se pautaram em dois modelos comportamentais: “*modelos de mudança de comportamento centrados no indivíduo; e modelos de intervenção comportamental centrado no grupo ou no coletivo*” (BRASIL, 1999, p. 15).

Os modelos centrados no indivíduo são subsidiados por crenças em saúde, aprendizagem social, ação racional (ação, objetivo, contexto e tempo) e redução de danos. Os modelos centrados em grupo e coletivo são, por sua vez, subsidiados pelo

papel da comunidade, lideranças e educação por pares (*peer education e outreachwork*), redes sociais, poder e gênero, mudança individual social e empoderamento (*empowerment*) e modelo ecológico (intrapessoais, interpessoais, institucionais, fatores da comunidade e das políticas sociais) (BRASIL, 1999).

Ao longo dos anos, esses modelos tornaram-se restritos na operacionalização da Política de enfrentamento ao HIV, tendo em vista que os esforços de prevenção ainda tinham enfoque na redução da transmissão do HIV, isentando as questões sociais dos indivíduos (UNAIDS, 2010).

A percepção de que havia alguns segmentos populacionais cujos fatores individuais repercutiam em maior exposição aos riscos da infecção, deram origem às populações prioritárias, que incluem “*população negra; população jovem; população em situação de rua; e população indígena*” (BRASIL, 2017, p. 46), as quais devem ser priorizadas na execução de ações das políticas de enfrentamento do HIV.

Nesta perspectiva, em âmbito global, houve o reconhecimento da fragilidade das políticas existentes com intervenções comportamentais focadas no indivíduo, e a necessidade da combinação de intervenções (HANKINS; ZALDUONDO, 2010). A falta de articulação entre os programas de prevenção levou a restrição de ações, resultando em dificuldade de acesso e reduzida capacidade para conhecimento de fragilidades e aplicabilidade de melhorias (BRASIL, 2017).

Logo, partiu-se então para a reavaliação dos modelos teóricos de comportamento, com a finalidade de obter resposta ampliada na implementação de estratégias de prevenção de risco. Dessa forma, o âmbito cultural, social, desigualdade social e acesso aos serviços foram inseridos na percepção do reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV (HANKINS; ZALDUONDO, 2010).

Globalmente, programas de prevenção combinada executaram atividades norteadas pelas ciências sociais, experiência da comunidade, e biomedicina, com vistas a corresponder às necessidades de prevenção de cada população e/ou contexto afetado (HANKINS; ZALDUONDO, 2010).

Em 2003, surgiu na Política de saúde brasileira a prevenção combinada integrando intervenções biomédicas; comportamentais e estruturais, com a

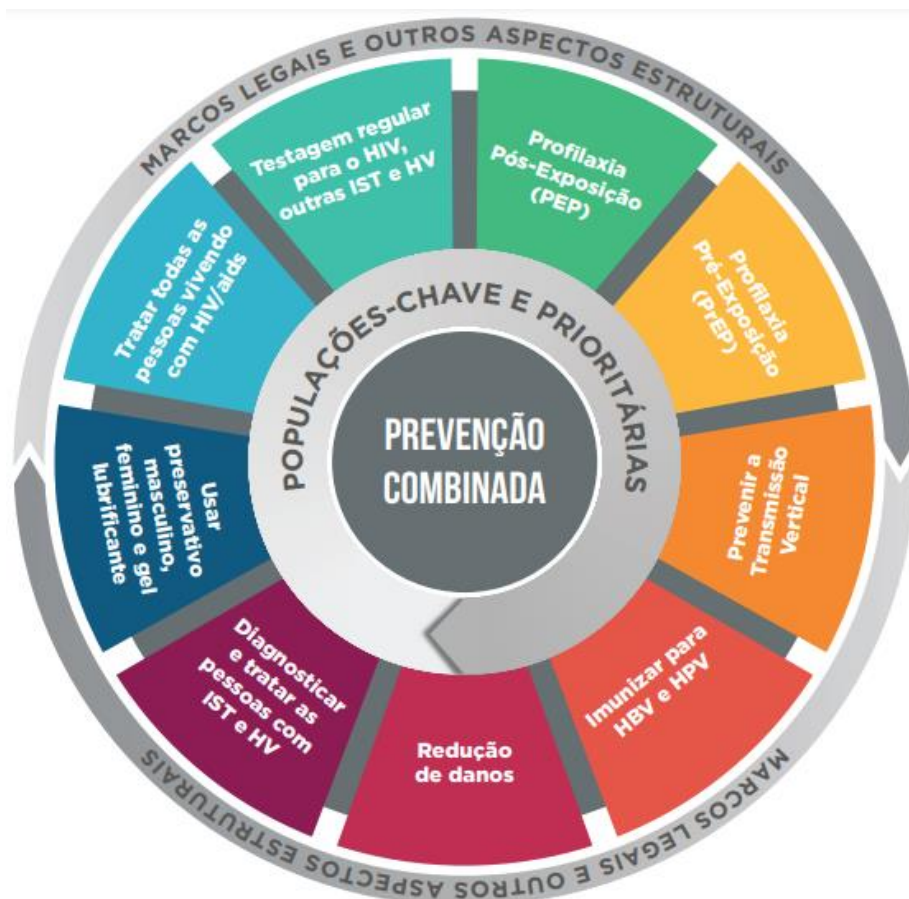
finalidade de serem aplicadas no indivíduo e no seu contexto, passando pelas relações pessoais, grupos sociais e características inerentes ao indivíduo (HANKINS; ZALDUONDO, 2010; BRASIL, 2017).

A prevenção combinada parte dos mediadores adotados por uma pessoa para prevenção do HIV, associando diferentes ferramentas ou métodos (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme situação, risco e escolhas. O indivíduo é inserido na posição de decisão em diferentes momentos, de forma que as reduções de risco a exposição ao HIV sejam percebidas e reduzidas (HANKINS; ZALDUONDO, 2010; UNAIDS, 2018).

Para melhor execução dessas dimensões preventivas (combinadas), e ações por intermédio do olhar dos serviços de saúde e comunidade, foram definidas como populações-chave, para direcionamento das ações de resposta ao HIV: *Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas que usam álcool e outras drogas; trabalhadoras do sexo; pessoas trans; e pessoas privadas de liberdade* (BRASIL, 2017, p. 45).

Dentre as ações que podem ser combinadas, destacam-se esquematicamente por meio da *Mandala de prevenção combinada* (Figura 2), os seguintes eixos: a testagem regular para o HIV; a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das IST's e das hepatites virais; imunização para as hepatites A e B; redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; uso da Profilaxia pré exposição (PrEP) e Profilaxia pós exposição (PEP), e adesão a Terapia antirretroviral (TARV) para todas as pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2017; 2020).

Figura 2- Representação gráfica da Mandala de Prevenção combinada.



Fonte: Ministério da Saúde (2017/2020)

Reconhecida pela sua aplicabilidade e potencial de redução de incidência de infecções pelo HIV em países como Uganda, Tailândia e Brasil, nas intervenções biomédicas, a mandala propõe a redução do risco por meio de ações que reduzam a transmissão do HIV nas interações (relações sexuais desprotegidas e contatos com material biológico) consideradas de risco entre pessoas com sorologia positiva ou não para HIV (HANKINS; ZALDUONDO, 2010; BRASIL, 2018). Estas ainda podem ser divididas em intervenções biomédicas clássicas, onde há orientação do uso de métodos de barreira física (preservativo) entre outras; e as intervenções biomédicas atreladas ao uso de antirretrovirais (ARV), seja para reduzir o risco de soroconversão antes, ou após exposição ao HIV, ou para os que já obtiveram diagnóstico, intencionando reduzir carga viral, e risco de disseminação, gerando

impacto diretamente na cadeia de transmissão (BRASIL, 2017). A ampliação das intervenções de prevenção biomédica, necessitam de maior aplicabilidade entre os segmentos populacionais onde a incidência de HIV é elevada. Estudo mostra que onde a ARV e PrEP apresentam níveis amplos de escala em subpopulações, obtiveram impacto substancial na incidência de infecções pelo HIV (KHANNA, *et al.* 2021).

As intervenções comportamentais incidem sobre práticas, atitudes, hábitos e rotinas que predispõe a elevação do risco de contaminação. Dessa forma, é enfatizado nos diferentes níveis de abordagem frente a exposição de risco, o fornecimento de testes para HIV com aconselhamento direcionado a redução de exposição, adesão ao uso de preservativos, redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios (BRASIL, 2017).

Pesquisa aponta que a prevenção comportamental do HIV frequentemente tem incorporado percepções de teorias sociais cognitivas. Estas, buscam evidenciar a relevância das atitudes em relação ao ambiente mais seguro e normas sociais percebidas. Essas dinâmicas contextuais advêm como determinantes de risco, porém podem estar limitadas ao contexto apenas individual (HARGREAVES, *et al.* 2016).

O eixo de intervenções estruturais, remetem às estratégias voltadas a ênfase nos aspectos sociais, culturais, político e econômicos que podem estar associados as vulnerabilidades das pessoas ao HIV (BRASIL, 2018). Dessa forma, o conhecimento desses aspectos e disseminação dessas premissas, fornece amplitude em orientações para visualizações e reconhecimento de situação de risco, com execução de medidas de redução de exposição ao HIV (BRASIL, 2017).

Há evidências de necessidade de pesquisas contínuas sobre intervenções para elevar a adesão a mecanismos de prevenção do HIV. Para refletir melhor a eficácia dos mecanismos de impacto nos segmentos populacionais, as combinações de intervenções necessárias exigem monitoramento desses níveis para entendimento das lacunas existentes (KRISHNARATNE, *et al.* 2016).

Outros autores enfatizam que a prevenção/intervenção combinada, denominada como cascata de prevenção, auxilia na compreensão da variedade de

disciplinas do programa. Os elementos da *cascata* são intervenções referentes a oferta (preservativos, e uso de seringas descartáveis), baseadas em demanda (informação, educação e comunicação) e intervenções baseadas em resultados de HIV (HARGREAVES JR, *et al.* 2016; SEPODES *et al.* 2021).

Para Sepodes *et al.* (2021), a aplicabilidade dos conceitos de *cascatas* de prevenção versa por intervenções relacionadas a procura, com abordagem na melhoria da percepção de risco, sensibilização e aceitação de abordagens de prevenção; intervenções relacionadas a oferta, com ênfase nos insumos, procedimentos e estruturas de saúde; e por último intervenções de adesão, com o objetivo de fomentar a adoção de comportamentos de prevenção.

Vale salientar que a estratificação para prioridade de ações, advém de fatores inerentes as razões comportamentais e estruturais que tornam o indivíduo mais vulnerável ao HIV comparando-se a outros segmentos populacionais (BRASIL, 2017).

Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes (BRASIL, 2020). Esses mecanismos incluem produtos, comportamentos e procedimentos para obtenção da redução de risco de aquisição do HIV. Uma série de intervenções podem ser consideradas, como inclusão de aconselhamento de risco, incentivos financeiros ou não financeiros, ou programas de mobilização comunitária (HARGREAVES, *et al.* 2016).

A este respeito, Sepodes *et al.* (2021), identificou que medidas comportamentais, também precisam incluir PrEP e PEP, com ênfase nos segmentos populacionais chaves/prioritários. Mudanças de Política podem ser necessárias para garantir que as intervenções comportamentais possam ter aplicabilidade e sejam executadas por segmentos populacionais em grande escala (KRISHNARATNE, *et al.* 2016).

A PEP é uma medida de prevenção que utiliza ARV's como intervenção profilática em situações de exposição de risco (violência sexual; relação sexual desprotegida; e acidente ocupacional) ao HIV, com a finalidade evitar a multiplicação do vírus no indivíduo exposto. A mesma deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras duas horas após exposição, quando não há

possibilidade o período máximo de início se decorre até 72h, com uso diário até o 28º dia de início da terapia (BRASIL, 2017).

Estudo realizado com a oferta da PEP em região Sul do país mostrou que os atendimentos eram mais frequentes em adultos jovens (45,4%) e homens (74,7%), observou-se também que 49,6% consumiram álcool e/ou outras drogas e 40,7% tiveram múltiplas parcerias sexuais, bem como baixa adesão ao uso do preservativo (39,7%) em suas relações sexuais. Quanto as práticas sexuais, as de maior ocorrência foram relacionadas ao sexo vaginal (50,7%) e anal (42,2%) (CASTOLDI, *et al.* 2021).

Na perspectiva de redução de risco ao HIV, é previsto na estratégia de prevenção combinada a utilização da PrEP, que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco elevado em adquirir a infecção (BRASIL, 2018). Trata-se da oferta de métodos preventivos (medicamentos), sem dispensar os métodos clássicos (preservativos peniano e vaginal) (ZUCCHI, *et al.* 2018; UNAIDS, 2018).

O estudo PrEP-Brasil, realizado entre 2014-2015 com 450 homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais, evidenciou uma taxa de aceitação da PrEP de 60% (DONNELL, *et al.* 2014). Para recomendação da PrEP no Brasil, em 2017, diretrizes do Ministério da Saúde priorizaram quatro segmentos: gays e outros HSH; pessoas trans; trabalhadores/as do sexo; e parcerias sorodiferentes, desde que tenham tido, nos últimos seis meses, relações anais ou vaginais sem preservativo, episódios de IST recorrentes ou uso repetido de PEP (SPINNER, *et al.* 2015).

Globalmente, pesquisa contribuiu para gerar um relativo consenso acerca dos benefícios individuais e populacionais da PrEP, assim como para estabelecer parâmetros clínicos de uso seguro (DONNELL, *et al.* 2014). No Brasil, embora 94% reconheçam o preservativo como a melhor forma de evitar o HIV, apenas 19,9% afirmam utilizá-lo com parcerias fixas e 54,9% com parcerias casuais. O que caracteriza a inserção efetiva da PrEP para esta cobertura, que oferece proteção concomitantemente nas relações estáveis e ocasionais (ZUCCHI, *et al.* 2018).

No entanto, pesquisa que investigou estratégias de prevenção, trouxe que as intervenções combinadas do HIV ainda não fornecem estrutura ideal para auxiliar os países a compreender os determinantes do risco de HIV e da execução do programa. O maior entrave parte do pressuposto da visão limitada de que as tecnologias, comportamentos e fatores sociais são vistos de forma isoladas, o que pode gerar imprudências em utilização de intervenções biomédicas, mudança de comportamento e intervenções estruturais como abordagens distintas (HARGREAVES, *et al.* 2016).

Para Daw *et al.* (2019) as infecções pelo HIV em jovens estão atreladas ao uso de drogas intravenosas e à heterossexualidade, principalmente nas últimas décadas. Isso indica que as mudanças sociais e os padrões de comportamento aumentaram a vulnerabilidade, o que apoia o incentivo contínuo de conscientização de que o teste de HIV entre os jovens deve ser incentivado, bem como, viabilidade maior de acesso aos centros de aconselhamento para jovens, e políticas que promovam uso seguro de drogas intravenosas.

A redução de danos (RD) propõe estratégias de intervenções comportamentais, interligadas com o cuidado integral e intersetorial, e também pode ser considerada como uma intervenção estrutural. Estas estratégias são executadas como eixos de portarias ministeriais, a exemplo da Portaria GM/MS 1.028, de 1º de julho de 2005 e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Os insumos ofertados para redução de danos buscam intervir nos mecanismos de transmissão do HIV. Para o uso de drogas injetáveis, recomenda-se a oferta de seringas e agulhas descartáveis, água destilada e recipientes individuais para diluição, bem como, recolhimento e o descarte adequado de objetos perfurocortantes. Para o uso de drogas inaladas ou fumadas, se recomenda o não compartilhamento de objetos, tais como cachimbos, latas, apetrechos e canudos e uso de canudos individuais e descartáveis. Em relação ao uso do silicone industrial e hormônios, também se recomenda o não compartilhamento de seringas e a utilização de agulhas descartáveis (BRASIL, 2017).

Em investigação realizada por Noroozi *et al.* (2019) sobre a relação de fatores individuais e comportamento de risco para o HIV em pessoas que usam drogas injetáveis, observou-se associação entre as variáveis que incluíram baixo conhecimento sobre HIV, uso de metanfetaminas e programas de distribuição de seringas, dados também concluem que a expansão da acessibilidade a locais de distribuição de insumos podem reduzir o comportamento de risco de HIV.

As tecnologias de prevenção do HIV, como o uso dos preservativos penianos e vaginais, e equipamentos de injeção de drogas descartáveis são aplicados em nossa sociedade ao longo dos anos, porém mais recentemente, outros mecanismos diretos de prevenção têm sido utilizados, como circuncisão para sexo masculino, e uso da PrEP oral. Porém, longos caminhos ainda hão de serem percorridos para alcance da cobertura adequada para obtenção de maiores impactos nos seguimentos populacionais (KRISHNARATNE, *et al.* 2016; UNAIDS, 2018).

Pesquisa realizada com jovens de 15 a 24 anos em região Sudeste do país, destacou que dentre os 821 jovens que tiveram relações sexuais no último ano, 52,4% usaram preservativo na última relação. Para jovens do sexo feminino variáveis como idade, parceria fixa no último ano e já ter feito o teste anti-HIV foram associados negativamente com o uso de preservativo na última relação sexual. Quanto ao sexo masculino, ter tido parceria fixa no último ano, primeira relação sexual acima de 15 anos e idade apresentaram associação negativa com o desfecho (GUTIERREZ, *et al.* 2019).

Para obtenção de adesão a essas medidas, foram propostas pela Política Nacional, estratégias que podem ser implementadas nos programas e serviços de saúde do país para melhor adesão ao uso do preservativo como, apresentação dos preservativos como ferramentas de exercício dos direitos sexuais das pessoas; reforçar que os preservativos protegem não apenas a infecção pelo HIV, mas também a outras IST's; e buscar elaborar conteúdos específicos para deixar o usuário mais próximo da percepção de risco e importância da utilização (BRASIL, 2017).

Dentro do eixo de intervenções comportamentais, a oferta de testagem, aconselhamento, e regularidade na oferta são medidas que devem ser

implementadas com vistas a redução de risco ao HIV. O momento de oferta, é crucial na vinculação do usuário, que deve ser acompanhada de informações claras que levem a maior percepção de risco (BRASIL, 2017; 2020). As atividades de aconselhamento requerem compreensão de dimensões, educativas, de avaliação de risco e emocional conforme ilustrado na figura 3.

Figura 3- Dimensões do aconselhamento em HIV.



Fonte: Brasil (2017)

Achados concluem que integrar a triagem de teste para HIV com aconselhamento de rotina em grandes hospitais pode ser favorável à otimização de recursos humanos para este fim, bem como, ampliação de oferta (WILSON D'ALMEIDA, *et al.* 2013).

Para serem eficazes, os programas de prevenção devem ter ênfase nas populações chave, e as intervenções precisam atuar nos mecanismos de transmissão do HIV, por meio da oferta da terapia ARV, incentivo ao uso do preservativo, redução das chances de exposição com a oferta de Testes para HIV, e prevenção da transmissão por intermédio da oferta de PrEP e PEP, bem como, propiciar ambiente adequado tanto nos aspectos sociais, quanto legais, político, direitos humanos, para melhor adoção de comportamentos seguros (GARNETT, 2021).

2.2 Elementos contribuintes da vulnerabilidade do jovem ao HIV: um enfoque sobre os fatores comportamentais

Os jovens (15-24 anos) são reconhecidos como cidadãos dotados do direito à saúde, o que implica no reconhecimento de suas especificidades pelas políticas públicas, com organização de um sistema de saúde específico que aborde suas necessidades. A lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, que trata sobre o estatuto, princípios e diretrizes das políticas públicas e o Sistema Nacional da Juventude, reforça os direitos a qualidade de vida, no tocante a suas especificidades em todas as dimensões de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Os níveis de ensino educacionais são considerados corresponsáveis pela qualidade de vida dos jovens, garantindo inclusão de temas relativos à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos. No âmbito da atenção à saúde, para melhor oferta é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para atuação nas dimensões sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar, que os jovens são considerados seguimento populacional prioritário frente à aplicabilidade de estratégias para prevenção da infecção pelo HIV. As especificidades em torno da juventude requerem abordagem diferenciada com ênfase nas transformações, percepções, e fatores de risco dessa fase da vida (ROEHRS, *et al.* 2010; BRASIL, 2020).

No tocante a ênfase de prevenção no contexto de saúde integral do jovem, percebe-se que ações educativas inerentes a Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) ainda são falhas. Pesquisa aponta fragilidade na percepção de risco em jovens com referência aos relacionamentos sexuais, onde 48,1% jovens foram identificados dentro do perfil de alto risco sexual, com evidências de subvalorização quanto à percepção adequada de formas de transmissão do HIV (VELO-HIGUERAS, *et al.* 2019).

Diante destas considerações, observa-se que os serviços de saúde apresentam limitações para o atendimento com priorização das necessidades específicas dos jovens (RODRIGUES, *et al.* 2016).

Ainda sobre o aspecto comportamental, percebe-se que essas fragilidades levam a baixa aceitação do aconselhamento e da realização de teste de HIV por adolescentes, e menor aceitação quando realizada análise comparativa com adultos (WHO, 2013).

Velo-Higueras *et al.* (2019) na busca pela identificação de riscos ao HIV, investigou 243 pessoas na faixa etária de 16 e 36 anos, onde foram observados que os jovens não perceberam nenhum risco de infecção correlacionado ao HIV, bem como a subestimação entre autoavaliação e risco sexual, ainda evidenciou fragilidade em mensagens claras e concisas sobre o HIV e suas rotas de transmissão. Na perspectiva de adesão a fatores de proteção, Gutierrez *et al.* (2019) evidenciou que dos 1.084 jovens entrevistados de 15 a 24 anos, 79,5% já tinham tido relação sexual alguma vez na vida, com relatos de baixa frequência do uso de preservativos nas primeiras e nas últimas relações sexuais, sem diferenças de gênero.

A baixa adesão ao uso de preservativos, também foi apontada por Miranda *et al.* (2018) nas relações sexuais em jovens, associa-se tal achado com fatores individuais, bem como pela existência de uma relação mais sólida entre as parcerias, isso explica, que a maior temporalidade nas relações pode ter associações com barreiras a implementação de comportamentos sexuais seguros. O mesmo estudo também identificou, que a primeira relação sexual foi considerada acidental por 59% das adolescentes e jovens do sexo feminino, e 3,5% admitiram terem sido forçados a ter relação sexual. A gestão do risco sexual parte do pressuposto de que as pessoas são cotidianamente sujeitos de suas práticas sexuais, e que quase sempre conviverão com algum grau de risco nas suas práticas sexuais (ZUCCHI, *et al.* 2018).

Diante do exposto, a busca pelas intervenções comportamentais na atenção ao jovem, devem incluir promoção do compartilhamento de tarefas, favorecendo a integração dos serviços no sistema público de saúde. Espera-se que os profissionais de saúde atuem na implementação contínua de intervenções comportamentais,

incluindo aconselhamento de risco, e incentivos de inserção em programas de mobilização comunitária, e esses aspectos envolvem a construção política nacional de enfrentamento ao HIV (HARGREAVES JR, *et al.* 2016).

O efeito das estratégias comportamentais pode ser aprimorado visando muitos objetivos, como, início da primeira relação sexual, número de parcerias sexuais, aumento na adesão ao uso de preservativos, que podem ser enfatizados utilizando-se abordagens associáveis, incluindo redes sociais e suporte familiar. A redução a exposição de risco necessita de vários canais de comunicação, para envolver o indivíduo (KARAMAGI; SENSALIRE; NABWIRE, *et al.* 2018).

O fortalecimento das ações de intervenção comportamental defendidas pela Política, também abordam eixos de estudo e corroboram a importância do entendimento das influências comportamentais na exposição ao HIV, como realizar estudos comportamentais de soroprevalência, com comparações de comportamento em segmentos específicos (BRASIL, 1999).

Destaca-se que para aplicabilidade de intervenções comportamentais efetivas é necessário obter identificação atual de quais fatores estão atrelados a soroprevalência em jovens. Tendo em vista concentração da epidemia na faixa etária em estudo, torna-se imprescindível a investigação para abordagens, e implementação de estratégias compatíveis com as especificidades dos jovens.

A comparação das práticas comportamentais é um eixo preconizado pela Política Nacional de HIV/Aids, como medida de enfrentamento. Com o perfil comportamental traçado, será possível comparar dados relacionados a prevalência e aspectos sociodemográficos e comportamentais, com vistas a propiciar compreensão das tendências epidemiológicas atuais.

“Nada estará perdido enquanto estivermos em busca.”

Santo Agostinho

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada **“HIV NA POPULAÇÃO JOVEM: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e comportamentais”** desenvolvida pelo Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, aprovado e financiado pela Fundação de Apoio a Pesquisa da Paraíba-FAPESQ/Edital PPSUS.

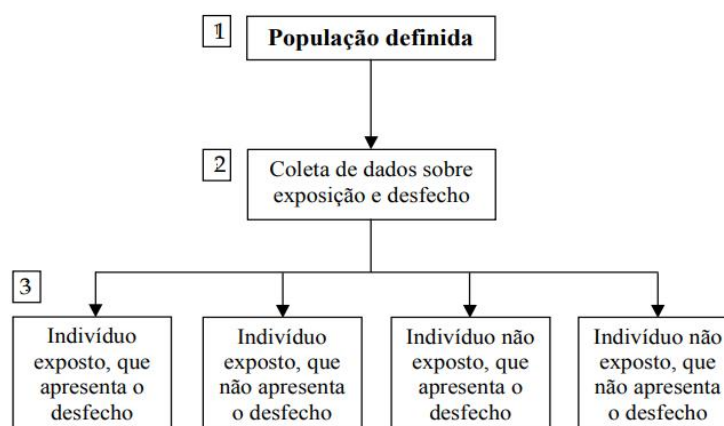
3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, tipo inquérito, de abordagem quantitativa. A observação e registro das variáveis pesquisadas em um único momento *“fotografia”* se concerne como a principal característica dos estudos de corte transversal. Também denominado seccional, ou de prevalência, o estudo de corte transversal (*cross-sectional ou survey*) permite a observação direta dos fenômenos, em curto espaço de tempo, com base em avaliação individual. Tais investigações permitem realização de diagnósticos comunitários, por produzirem dados *“instantâneos”* da situação de saúde de uma população ou comunidade (RODRÍGUEZ; MENDIVELSO 2018; ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

Nessa pesquisa optou-se por esse tipo de desenho pelas suas características em estudar a prevalência de um determinado fenômeno, sendo apropriado para problemas com evolução prolongada ou crônicos. Desta forma, será possível analisar as relações entre fatores determinantes e o que se supõe serem suas consequências ou efeitos, neste caso a infecção pelo HIV (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

Para condução do estudo transversal as seguintes etapas foram desenvolvidas, seguindo as orientações de Rodríguez; Mendivelso (2018): definição de uma população de interesse; estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela e determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados, conforme é ilustrado em figura 4.

Figura 4- Delineamento para condução de estudos transversais conforme exposição aos indivíduos estudados.



Fonte: Rodríguez; Mendivelso (2018)

Para avaliação das relações conforme desfecho utilizou-se a distribuição dos sujeitos da pesquisa conforme frequências absolutas e relativas, classificando-as de acordo com suas características, em tabelas de contingência (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

3.2 Cenários do estudo

Foram eleitos como cenários do estudo, dois Centros de Testagem e Aconselhamento situados em municípios de duas macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba: João Pessoa e Campina Grande. A atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução Comissão Intergestora Bipartide (CIB) nº 28/17, a regionalização da saúde na Paraíba organiza o estado em 16 regiões de saúde distribuídas em 03 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios.

A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde; a segunda com sede em Campina Grande é

composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde; a terceira com sede em Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde.

As duas macrorregiões do presente estudo contam com Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são serviços estratégicos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para fortalecer a resposta integral às IST, ao HIV/aids e hepatites virais, na Prevenção Combinada do HIV através da oferta de diferentes tipos de exames sorológicos para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C e/ou testagem rápida (BRASIL, 2017).

Nos CTA's há oferta das ações e serviços considerando a priorização de populações-chave; com encaminhamento de usuários para exames de outras IST; oferta de tratamento de sífilis e outras IST; vinculação de resultados positivos de HIV, hepatites virais B e C e outras IST; aconselhamento para gestão de risco; ofertas de insumos de prevenção; realização de profilaxias (PEP e PrEP); trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade; trabalho de campo de redução de danos; ações pontuais de prevenção extramuros; oferta de vacinas para HPV e hepatite B; estrutura laboratorial; apoio matricial para a Atenção Básica; espaço de formação em serviço; ações de educação entre pares; articulação com as Organizações da sociedade civil (OSC) para ações de prevenção e apoio à testagem (BRASIL, 2018).

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por jovens com idade entre 15 a 24 anos, atendidos nos Centros de Testagem e Aconselhamento dos dois cenários da pesquisa: João Pessoa e Campina Grande. O universo amostral foi definido considerando-se, como base populacional, a estimativa média mensal de testes rápidos realizados nos CTAs dos dois municípios investigados; nível de significância de 5%, nível de confiança de 95% e um valor antecipado de *P*, baseando-se na taxa de detecção de casos de aids na faixa etária preconizada na pesquisa, dos respectivos municípios no ano de 2020 (BRASIL, 2020) (Quadro 1).

Quadro 1- Características para seleção do universo amostral segundo municípios investigados. João pessoa/Campina Grande, 2020.

Município	Média mensal (teste)	Taxa detecção 15 a 24 anos	Amostra	Amostra do estudo *
Joao Pessoa	500	23,0	177	181
Campina	320	8,6	88	98

Fonte: indicadores aids.gov.br

**Ampliou-se uma margem de 2%*

Determinou-se, portanto, uma amostra de 279 participantes, sendo 181 jovens do Município de João Pessoa e 98 jovens do Município de Campina Grande. A seleção dos participantes foi não probabilística, por conveniência (participação voluntária), adotando-se como critério de inclusão: idade entre 15 a 24 anos e status sorológico desconhecido para HIV.

Nos cenários de estudo da presente pesquisa foram adotadas medidas de restrição nos atendimentos ambulatoriais e consequente redução na rotina de testagem com oferta em um turno (CTA/João Pessoa), em virtude da pandemia pela Covid-19 decretada em 11 de março de 2020 pela OMS. Dados referem que em muitos países houve quedas acentuadas nos diagnósticos e encaminhamentos para o tratamento do HIV (UNAIDS, 2021).

Arelada à redução de horário foi observada redução na demanda de usuários, posto que, os primeiros meses de coleta de dados apresentaram as maiores taxas de incidência de infecções e óbitos pela Covid-19, com taxa de transmissão elevada do Novo Coronavírus (SARS-CoV 2). Logo, o contexto sanitário restringiu os usuários na busca pelos testes (CTAs de João Pessoa e Campina Grande). Mesmo com o retorno da oferta nos dois turnos, observou-se permanência da baixa procura da realização da testagem sorológica.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Os dados foram coletados entre fevereiro e junho de 2021, através de fontes primárias (entrevista), com apoio de um instrumento validado por pesquisadores do Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade (NEHAS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (APÊNDICE A).

O Instrumento contemplou 45 variáveis, de elegibilidade e de múltipla escolha (em escala tipo Likert) e questões dicotômicas, organizadas em três dimensões: I– **Variáveis sociodemográficas**; II- **Variáveis socioestruturais**; III- **Variáveis comportamentais**. Para este estudo, em específico, foram selecionadas 26 variáveis, descritas no quadro 2.

-Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, gênero, escolaridade, orientação sexual, raça/cor, procedência, ocupação, renda.

-Variáveis comportamentais, foram categorizadas como *Dimensões comportamentais* e organizadas em dois subgrupos:

- 1) **Histórico de exposição de risco de infecção pelo HIV:** Frequência de realização de testes rápidos, Motivo de realização de teste atual, Exposição de risco prévio e uso da PEP, Uso prévio ou atual da PrEP, Risco de adquirir HIV, Relacionamento prévio com pessoa que vive com HIV, status sorológico de parceria atual, Uso de bebida alcoólica e Uso de drogas ilícitas.
- 2) **Práticas sexuais de exposição de risco de infecção pelo HIV:** Idade da primeira relação sexual, primeira relação sexual consentida, Diagnóstico prévio de IST, Sexo em troca de benefícios, adesão ao preservativo, Dificuldade em negociar uso do preservativo, práticas sexuais, Resultado teste rápido.

Quadro 2- Variáveis selecionadas para o estudo conforme categorias e subgrupos

Componentes		Variáveis	Categorias de resposta
Sociodemográficos		1. Idade	15 - 19 anos
			20 -24 anos
		2. Sexo	Masculino
			Feminino
		3. Identidade de gênero	Homem
			Mulher
			Homem trans
			Mulher trans
		4. Orientação sexual	Heterossexual
			Homossexual
			Bissexual
			Pansexual
		5. Raça	Branco
			Pardo
			Preto
			Outros
		6. Escolaridade*	Baixa
			Média
			Alta
		7. Procedência	Campina Grande
			João Pessoa
Dimensões Comportamentais	Histórico de exposição de risco	8. Ocupação	Estuda
			Trabalha
			Estuda e Trabalha
			Do lar
			Desempregado
			Aposentado
		9. Renda	≤ 1 SM
			> 1 a ≤ 3 SM
			> 3 SM
		10.Primeira vez que faz o teste rápido	Sim
			Não
		11. Motivo do teste atual	Exposição sexual
			Curiosidade
			Exame periódico
			Presença infecção/comorbidade
			Gestação
			Outros
		12. Exposição de risco e uso de PEP	Sim
			Não
		13. Exposição de risco e uso de PrEP	Sim
			Não
		14. Risco de ter adquirido HIV	Baixo
			Moderado
			Alto
			Não sei
		15 Já se relacionou com alguém soropositivo HIV	Sim
			Não
			Não sei
		16. Status sorológico do atual parceiro	HIV negativo

			HIV positivo
			Não sei
			Não está se relacionamento no momento
		17. Ingere bebida alcoólica	Sim
			Não
		18. Uso de drogas ilícitas	Sim
			Não
	Práticas sexuais de exposição de risco	19. Idade da primeira relação sexual	< 12
			≥ 12 a ≤ 18
			> 18
		20. Primeira relação sexual consentida	Sim
			Não
		21. Diagnóstico IST	Sim
			Não
			Não sei
		22. Sexo em troca de benefícios	Sim
			Não
		23. Frequência utilização do preservativo	Sempre
			As vezes
			Nunca
		24. Dificuldade em negociar uso do preservativo	Sempre
			As vezes
			Nunca
		25. Práticas sexuais**	Anal receptivo
			Anal insertivo
			Oral e/ou vaginal
		26. Teste rápido HIV	Reagente
			Não reagente

*Para apresentação dos dados, foram categorizados como “**baixa escolaridade**” os classificados como ensino fundamental incompleto; “**média escolaridade**” referentes a fundamental completo, médio incompleto/completo e “**alta escolaridade**” os jovens com ensino superior incompleto ou completo.

** Para classificação da variável “práticas sexuais” nos jovens que informaram mais de uma prática, foi utilizado critério por predominância, onde: relato de prática de sexo anal receptivo em que há evidência de maior ocorrência de transmissão do HIV (VASILENKO; RICE E ROSENBERGER, 2018), foi isolado de sexo anal insertivo, oral ou vaginal, dessa forma prática de sexo anal receptivo foi classificado como categoria independente de outra prática.

Após obtenção das permissões institucionais com anuência das instituições envolvidas, os serviços foram contatados e foi organizado junto às equipes dos CTA's um cronograma para a coleta de dados, com a definição de horários, respeitando-se a dinâmica de atendimento do serviço.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio ambulatório ou em auditório disponibilizado pelo serviço. Para aplicação dos instrumentos a pesquisa contou com a participação de pesquisadores do NEHAS, sendo 01 doutorando, 03 mestrados do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem - UFPB e 01 enfermeiro, os quais foram previamente treinados, sendo utilizado um manual de coleta elaborado pela equipe de pesquisa, com a finalidade de unificação de abordagem entre a equipe e obtenção de dados fidedignos.

Como estratégia de recrutamento dos participantes, os jovens eram convidados por ocasião do aconselhamento pré-teste, momento no qual eram orientados individualmente, sobre os objetivos e importância do estudo, assim como sobre os riscos e benefícios de suas participações, sobre os princípios éticos a serem seguidos durante todo o desenvolvimento do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ou o Termo de assentimento (APÊNDICE C) previamente à entrevista. O intervalo de tempo de espera do processamento e divulgação do resultado dos testes rápidos, foi oportuno para a execução da coleta, desenvolvida em um tempo médio de 20 minutos.

Como limitações no procedimento de coleta de dados destaca-se a baixa demanda dos usuários aos CTA's em virtude do cenário epidemiológico da Covid-19 e restrições impostas pelos serviços, limitando número de pesquisadores para coleta de dados. O acolhimento efetivo das duas equipes de pesquisa nas regiões em estudo, e apoio estrutural na execução da coleta de dados fornecido pelas Enfermeiras, psicólogas e gestão dos serviços facilitaram a execução da coleta de dados. As restrições de auxílio na digitação e análise de dados também obtiveram limitações, tendo em vista fechamento das Instituições de nível superior, bem como, seus respectivos laboratórios.

Como contribuição imediata do estudo ressaltaram-se o fato da presença dos coletadores nos serviços ter oportunizado compartilhamento de conhecimento entre a equipe de coleta e os profissionais de saúde do serviço, e a realização de atividades educativas junto aos jovens usuários após entrevistas, valendo-se da oportunidade para reiterar o conhecimento sobre medidas de barreiras a exposição às IST's.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e organizados em planilha eletrônica, do Programa *Microsoft Excel for Windows*. As inconsistências detectadas foram devidamente corrigidas. Sequencialmente foram transferidos para o *Software Stata* para fins de análise. As variáveis estudadas foram categorizadas conforme dimensões, analisadas segundo o desfecho sorológico (reagente e não reagente-variável dependente) entre os diferentes cenários.

A análise univariada descritiva foi utilizada para descrever o perfil sociodemográfico e comportamental dos participantes. Para analisar a influência das variáveis sociodemográficas e comportamentais, segundo o desfecho sorológico, optou-se pela análise bivariada, com significância estatística avaliada pelos testes qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher. Os resultados encontrados foram, portanto, traduzidos em termos de probabilidade estimada de ocorrência do evento (P) e transformadas em afirmações do tipo “ $p > 0,05$ – não há diferenças estatísticas significativas entre os grupos” ou “ $p < \text{ou} = 0,05$ – há diferença estatisticamente significativa entre os grupos”, levando-se em consideração o nível de significância (alfa) igual a 5% (PEREIRA, 1995).

As variáveis que apresentaram associação com a variável dependente na análise bivariada a um nível de significância de 0,05, e que obtiveram o desfecho associado em categorias múltiplas foram incluídas para análise pelo cálculo de razão de prevalência (RP). A magnitude das associações foi estimada pela RP.

3.6 Aspectos éticos

Foram atendidos todos os preceitos éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba com parecer nº 3.935.713 (BRASIL, 2012).

O sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações foram assegurados em todas as etapas, inclusive salvaguardando a liberdade de recusa

em participar da pesquisa. Para aqueles que se propuserem, foi obrigatório o consentimento, por escrito ou por impressão digital, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), para os maiores de 18 anos, e o Termo de Assentimento (APÊNDICE C), para os menores de 18 anos.

*“Comece fazendo o que é necessário, depois
o que é possível, e de repente você estará
fazendo o impossível”.*

São Francisco de Assis

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas inicialmente, as variáveis sociodemográficas e comportamentais referentes ao total de jovens investigados. Sequencialmente, as variáveis sociodemográficas e comportamentais serão analisadas segundo o desfecho sorológico para o HIV.

4.1 Caracterização sociodemográfica dos jovens

Verificou-se na amostra pesquisada (n=279), predominância de jovens entre 20 a 24 anos (71,0%), procedentes de João Pessoa (64,9%), identificados como homens (46,6%) ou mulheres (49,8%), heterossexuais (58,4%), autodeclarados de cor parda (53,8%), média escolaridade (60,9%), com trabalho formal (33,0%) ou estudante (32,2%) e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos mensais (55,4%). Quanto ao sexo, não houve grande variação, sendo ambos bem representados na amostra (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa/Campina Grande, 2021.

Variáveis Sociodemográficas	Participantes (n=279)	
	n	%
Idade		
15-19 anos	81	29,0
20-24 anos	198	71,0
Sexo		
Masculino	139	49,8
Feminino	140	50,2
Município de residência		
Campina Grande	98	35,1
João Pessoa	181	64,9
Identidade de gênero		
Homem	130	46,6
Mulher	139	49,8
Homem trans	2	0,7
Mulher trans	8	2,9

Orientação sexual		
Heterossexual	163	58,4
Homossexual	72	25,8
Bissexual	35	12,5
Pansexual	9	3,3
Raça		
Branco	77	27,6
Pardo	150	53,8
Preto	50	17,9
Outros	2	0,7
Escolaridade		
Baixa	26	9,4
Média	170	60,9
Alta	83	29,7
Ocupação		
Estuda	90	32,2
Trabalha	92	33,0
Estuda e Trabalha	33	11,8
Do lar	20	7,2
Desempregado	43	15,4
Aposentado	1	0,4
Renda (n=276)*		
≤ 1 SM	88	31,9
> 1 a ≤ 3 SM	153	55,4
> 3 SM	35	12,7
Total	279	100

SM: Salário mínimo

** frequência e percentual segundo número de respondentes*

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4.2 Caracterização comportamental dos jovens

4.2.1 Histórico de exposição de risco a infecção pelo HIV

A realização de testes anteriores foi relatada por 60,9% dos jovens investigados. Gestação (33%), seguida de exposição sexual (29%) foram os motivos mais observados comparados com exame periódico (19,0%) ou curiosidade (6,1%).

Exposição de risco e uso de PEP (4,7%) ou PrEP (0,3%) apresentaram poucos relatos na amostra (Tabela 2).

Em relação à variável percepção de risco, 59,1% dos jovens estudados relataram percepção baixa em relação a infecção pelo HIV comparando-se com autorrelato de desconhecimento de risco (22,2%), risco moderado (14,7%) ou risco alto (4,0%).

Quanto a relacionamentos prévios com pessoas que vivem com HIV, 51,1% dos jovens relataram desconhecimento, enquanto 5,7% assinalaram ter relacionamento prévio com pessoas com sorologia positiva. Conhecimento do status sorológico da atual parceria variou entre desconhecido (38,4%) e HIV negativo (36,5%). Jovens em uso de bebidas alcoólicas representaram 57,4% da amostra, quanto a utilização de drogas ilícitas 64,2% relatou o não uso.

Tabela 2 - Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo histórico de exposição de risco. João Pessoa/Campina Grande, 2021.

Variáveis - Histórico de exposição de risco	Participantes (n=279)	
	n	%
1ª vez teste rápido		
Sim	109	39,1
Não	170	60,9
Motivo do Teste atual		
Exposição sexual	81	29,0
Curiosidade	17	6,1
Exame periódico	53	19,0
Infecção/comorbidade	17	6,1
Gestação	92	33,0
Outros	19	6,8
Exposição de risco e uso de PEP		
Sim	13	4,7
Não	266	95,3
Exposição de risco e uso de PrEP		
Sim	1	0,4
Não	277	99,6

Percepção de risco de ter adquirido HIV		
Baixo	165	59,1
Moderado	41	14,7
Alto	11	4,0
Não sei	62	22,2
Relacionamento com soropositivo HIV (n=278)*		
Sim	16	5,7
Não	120	43,2
Não sei	142	51,1
Status sorológico do atual parceiro		
HIV negativo	102	36,5
HIV positivo	3	1,1
Não sei	107	38,4
Sem relacionamento	67	24,0
Ingere bebida alcoólica		
Sim	160	57,4
Não	119	42,6
Uso de drogas ilícitas		
Sim	100	35,8
Não	179	64,2

PEP: Profilaxia pós exposição/ **PrEP:** Profilaxia pré exposição

**frequência e percentual segundo número de respondentes*

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

4.2.2 Práticas de exposição de risco a infecção pelo HIV

Dos 279 jovens investigados, 11 apresentaram teste rápido reagente para HIV, com uma taxa de positividade de 3,9%. Quanto a práticas de exposição de risco, 83,6% relataram ter iniciado vida sexual entre 12 e 18 anos de idade, sendo que 95% das primeiras relações sexuais foram consentidas. Ausência de diagnóstico prévio de IST representou 74,5% dos jovens investigados, e 90% afirmaram não realizar sexo em troca de benefícios (Tabela 3).

A adesão ao preservativo nas relações sexuais obteve maior frequência de autorrelato de uso “as vezes” (56,4%), seguida de “nunca” (22,5%) e “sempre” (21,1%), os últimos, com discreta variação. Relato de ausência de dificuldade de negociar o uso do preservativo ocorreu em 65,1% dos jovens em estudo.

Houve predominância de relato de prática de sexo anal onde 40,8% dos jovens estudados informaram realização de sexo anal receptivo, seguido de oral e/ou vaginal com 41,5% dos relatos, e anal insertivo (17,8%).

Tabela 3 - Frequência e distribuição percentual dos jovens segundo práticas de exposição de risco. João Pessoa/Campina Grande, 2021

Variáveis - Práticas de exposição de risco	Participantes (n=279)	
	n	%
Resultado Teste rápido		
Reagente	11	3,9
Não reagente	268	96,1
Idade primeira relação sexual (n=272)*		
< 12	8	2,9
≥ 12 a ≤ 18	233	83,6
> 18	31	11,4
Primeira relação sexual consentida (n=276)*		
Sim	262	95,0
Não	14	5,0
Diagnóstico IST		
Sim	59	21,2
Não	208	74,5
Não sei	12	4,3
Sexo em troca de benefícios		
Sim	28	10,0
Não	251	90,0
Frequência utilização do preservativo (n=276)*		
Sempre	58	21,1
As vezes	155	56,4
Nunca	62	22,5
Dificuldade em negociar uso do preservativo (n=272)*		
Sempre	28	10,3
As vezes	67	24,6
Nunca	177	65,1
Práticas sexuais (n=275)*		
Anal receptivo	114	41,5
Anal insertivo	49	17,8
Oral e/ou vaginal	112	40,7

IST: Infecções sexualmente transmissíveis. * frequência e percentual segundo número de respondentes Fonte: Dados da pesquisa, 2021

4.3 Características sociodemográficas segundo desfecho sorológico

Entre as características sociodemográficas estudadas, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as variáveis independentes: sexo ($p=0,001$); identidade de gênero ($p=0,002$); procedência ($p=0,055$) e orientação sexual ($p=0,000$) em relação ao desfecho sorológico (HIV) (Tabela 4).

Observa-se que todos os casos associados aos desfechos sorológicos positivos para HIV foram registrados em jovens do sexo masculino, representando neste grupo, prevalência de 7,9%. Apesar de não obter diferenças significativas, percebe-se maior frequência de prevalência para HIV entre os jovens na faixa etária de 20-24 anos (5,0%), comparando-se entre os de 15-19 anos, com desfecho HIV associado em apenas 1,2% dos casos.

Dos municípios investigados, observa-se que Campina Grande representou menor quantidade de testes realizados, entretanto obteve maior soroprevalência (7,9%), quando comparados aos jovens procedentes de João Pessoa cujo percentual de positividade nos testes realizados foi de 2,2%.

Quanto a identidade de gênero, 100% dos casos reagentes ocorreram em homens representando nesta categoria 8,5% de taxa de prevalência. Sobre a orientação sexual, jovens autodeclarados homossexuais obtiveram maior soroprevalência no grupo estudado (13,9%); e os bissexuais apresentaram uma prevalência de HIV de 2,9%.

Jovens sem relacionamento atual (7,8%), autodeclarados pardos (5,3%), escolaridade alta (7,2%), que estudam e trabalham (9,1%) e com renda superior a três salários-mínimos (5,7%) apesar não apresentarem significância estatística, dentro das respectivas variáveis, foram as categorias mais prevalentes associadas ao desfecho HIV.

Tabela 4 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos jovens segundo desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021

Variáveis	HIV + n= 11 n (%)	HIV - n= 268 n (%)	P valor
Idade			
15-19	1 (1,2)	80 (98,8)	0,185 ^a
20-24	10 (5,0)	188 (95,0)	
Sexo			
Masculino	11 (7,9)	128 (92,1)	0,001^b
Feminino	-	140 (100,0)	
Procedência			
Campina Grande	7 (7,1)	91 (92,9)	0,055^a
João Pessoa	4 (2,2)	177 (97,8)	
Identidade de gênero			
Homem	11 (8,5)	119 (91,5)	0,002^a
Mulher	-	139 (100,0)	
Homem trans	-	2 (100,0)	
Mulher trans	-	8 (100,0)	
Orientação sexual			
Heterossexual	-	163 (100,0)	0,000^a
Homossexual	10 (13,9)	62 (86,1)	
Bissexual	1 (2,9)	34 (97,1)	
Pansexual	-	9 (100,0)	
Relacionamento atual (n=267)*			
Fixo	3 (1,9)	156 (98,1)	0,086 ^a
Casual	2 (4,8)	40 (95,2)	
Mais de um parceiro	1 (7,7)	12 (92,3)	
Sem relacionamento	5 (7,8)	59 (92,2)	
Raça			
Branco	3 (3,9)	74 (96,1)	0,319 ^a
Pardo	8 (5,3)	142 (94,7)	
Preto	-	50 (100,0)	
Outros	-	2 (100)	
Escolaridade			
Baixa	-	26 (100,0)	0,223 ^a
Média	5 (2,9)	165 (97,1)	
Alta	6 (7,2)	77 (92,8)	

Ocupação

Estuda	4 (4,4)	86 (95,6)	0,583 ^a
Trabalha	3 (3,3)	89 (96,7)	
Estuda e Trabalha	3 (9,1)	30 (90,9)	
Do lar	-	20 (100,0)	
Desempregado	1 (2,3)	42 (97,7)	
Aposentado	-	1 (100,0)	

Renda

≤ 1 SM	3 (3,4)	85 (96,6)	0,819 ^a
> 1 a ≤ 3 SM	6 (3,9)	147 (96,1)	
> 3 SM	2 (5,7)	33 (94,3)	

SM: Salário-mínimo; **P valor:** testes qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher

^aexato de Fisher

^btestes qui-quadrado (χ^2)

* *frequência e percentual segundo número de respondentes*

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

4.4 Fatores comportamentais segundo desfecho sorológico

4.4.1 Histórico de exposição de risco a infecção pelo HIV

A tabela 5, mostra a associação entre as variáveis que compõem o histórico de exposição de risco e o desfecho sorológico para infecção ao HIV.

No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), apenas as variáveis “**Motivos do teste atual**” e “**Percepção de risco de ter adquirido HIV**” foram estatisticamente significativas, com valores de $p=0,034$ e $0,002$ respectivamente. Entre os jovens que relataram exposição sexual como motivo de realização do teste, a soroprevalência foi de 8,6%. Quanto a percepção de risco, entre aqueles que se autoavaliaram na categoria “alto risco”, a soroprevalência foi de 18,2%

As demais variáveis, ainda que tenha sido evidenciado semelhança de proporções e a não existência de associação, podem ser destacadas em algumas particularidades. Verificou-se maior soroprevalência para HIV, em jovens que realizaram testes anteriores (5,3%), que fizeram uso de PEP (15,4%), que se

relacionaram com pessoa soropositiva (12,5%) e fizeram uso de drogas ilícitas (5,0%).

Tabela 5 - Histórico de exposição de risco dos jovens segundo desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021

Histórico de exposição de risco	HIV + n= 11	HIV - n= 268	<i>P valor</i>
	n (%)	n (%)	
1ª vez teste rápido			
Sim	2 (1,8)	107 (98,2)	0,211 ^a
Não	9 (5,3)	161 (94,7)	
Motivo do Teste atual			
Exposição sexual	7 (8,6)	74 (91,4)	0,034^a
Curiosidade	1 (5,9)	16 (94,1)	
Exame periódico	2 (3,8)	51 (96,2)	
Infecção/comorbidade	1 (5,9)	16 (94,1)	
Gestação	-	92 (100,0)	
Outros	-	19 (100,0)	
Exposição de risco e uso de PEP			
Sim	2 (15,4)	11 (84,6)	0,087 ^a
Não	9 (3,4)	257 (96,6)	
Exposição de risco e uso de PrEP (n=267)*			
Sim	-	1 (100,0)	1,000 ^a
Não	11 (4,0)	266 (96,0)	
Percepção de risco de ter adquirido HIV			
Baixo	2 (1,2)	163 (98,8)	0,002^a
Moderado	1 (2,4)	40 (97,6)	
Alto	2 (18,2)	9 (81,8)	
Não sei	6 (9,7)	56 (90,3)	
Já se relacionou com alguém soropositivo HIV			
Sim	2 (12,5)	14 (87,5)	0,105 ^a
Não	3 (2,5)	117 (97,5)	
Não sei	6 (4,2)	136 (95,8)	
Status sorológico do atual parceiro			
HIV negativo	2 (2,0)	100 (98,0)	0,432 ^a
HIV positivo	-	3 (100,0)	
Não sei	5 (4,7)	102 (95,3)	
Sem relacionamento	4 (6,0)	63 (94,0)	

Ingere bebida alcoólica			
Sim	6 (3,7)	154 (96,3)	1,000 ^a
Não	5 (4,2)	114 (95,8)	
Uso de drogas ilícitas			
Sim	5 (5,0)	95 (95,0)	0,531 ^a
Não	6 (3,4)	173 (96,6)	

P valor: testes qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher

^aexato de Fisher

^btestes qui-quadrado (χ^2)

* frequência e percentual segundo número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

4.4.2 Práticas sexuais de exposição de risco a infecção pelo HIV

Quanto a associação entre as variáveis relacionadas as práticas sexuais de exposição de risco e o desfecho sorológico ao HIV (Tabela 6), apenas a variável “**práticas sexuais**” foi estatisticamente significativa ($p=0,004$). Do total de jovens que informaram relações sexuais anal receptiva (114), 7,9%, apresentaram soropositividade ao HIV.

Destaca-se ainda, embora sem associações significantes, maior prevalência do HIV entre jovens com idade acima de 18 anos (6,5%), com primeira relação sexual não consentida (14,3%), diagnóstico prévio de IST's (6,8%), relacionamentos sexuais em troca de benefícios (10,7%), que informaram “sempre” utilizar preservativos (6,9%) e que “as vezes” encontram dificuldades para negociar o uso de preservativo (6,0%).

Tabela 6 - Práticas sexuais de exposição de risco dos jovens conforme desfecho sorológico. João Pessoa/Campina Grande, 2021

Práticas sexuais de exposição de risco	HIV + n= 11	HIV - n= 268	<i>P valor</i>
	n (%)	n (%)	
Idade primeira relação sexual (n=261) *			
< 12	-	8 (100,0)	
≥ 12 a ≤ 18	9 (3,9)	224 (96,1)	0,731 ^a
> 18	2 (6,5)	29 (93,5)	

Primeira relação sexual consentida (n=265)*			
Sim	9 (3,4)	253 (96,6)	0,101 ^a
Não	2 (14,3)	12 (85,7)	
Diagnóstico IST			
Sim	4 (6,8)	55 (93,2)	
Não	7 (3,4)	201 (96,6)	0,457 ^a
Não sei	-	12 (100,0)	
Sexo em troca de benefícios			
Sim	3 (10,7)	25 (89,3)	0,086 ^a
Não	8 (3,2)	243 (96,8)	
Frequência utilização do preservativo (n=264) *			
Sempre	4 (6,9)	54 (93,1)	
As vezes	6 (3,9)	149 (96,1)	0,365 ^a
Nunca	1 (1,6)	61 (98,4)	
Dificuldade em negociar uso do preservativo (n=261)*			
Sempre	-	28 (100,0)	
As vezes	4 (6,0)	63 (94,0)	0,512 ^a
Nunca	7 (4,0)	170 (96,0)	
Práticas sexuais (n=264)*			
Anal receptivo	9 (7,9)	105 (92,1)	
Anal insertivo	2 (4,1)	47 (95,9)	0,004^a
Oral e/ou vaginal	-	112 (100,0)	

P valor: testes qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher

^aexato de Fisher

^btestes qui-quadrado (χ^2)

* *frequência e percentual segundo número de respondentes*

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

4.5 Razão de Prevalência segundo fatores sociodemográficos e comportamentais

A tabela 7 sumariza as variáveis sociodemográficas e comportamentais que apresentaram associação significativa para a ocorrência de HIV. Não foram contempladas na presente análise as variáveis “sexo” e “identidade de gênero”, devido a não ocorrência de desfecho HIV em duas ou mais categorias.

Jovens procedentes de Campina Grande apresentaram prevalência 3,1 vezes maior em relação aos residentes em João Pessoa, aos que realizaram testagem

devido a exposição sexual representaram prevalência de 29% maior em comparação aos que apontaram exame periódico.

A ocorrência de desfecho sorológico positivo para o HIV foi quase 5 vezes maior entre os jovens homossexuais quando comparados aos bissexuais. Quanto aos que se perceberam com risco alto de adquirir HIV representaram uma prevalência de HIV 15 vezes maior quando comparados aos que relataram risco baixo. Entre os que informaram desconhecimento do risco, foram quase 8 vezes mais prováveis de obter desfecho HIV em relação aos que se perceberam em baixo risco.

No tocante às práticas sexuais, jovens que praticam sexo anal receptivo obtiveram prevalência 93% maior, quando comparados aos que informaram prática de sexo anal insertivo.

Tabela 7- Prevalência de HIV em jovens segundo fatores sociodemográficos e comportamentais: razão de prevalência. João Pessoa/Campina Grande, 2021

Variáveis	HIV + n= 11 n (%)	HIV - n= 268 n (%)	RP	P valor
Orientação sexual				
Heterossexual	-	163 (100,0)	4,86	0,000^a
Homossexual	10 (13,9)	62 (86,1)		
Bissexual	1 (2,9)	34 (97,1)		
Pansexual	-	9 (100,0)		
Procedência				
Campina Grande	7 (7,1)	91 (92,9)	3,2	0,055^a
João Pessoa	4 (2,2)	177 (97,8)	-	
Motivo do Teste atual				
Exposição sexual	7 (8,6)	74 (91,4)	2,29	0,034^a
Curiosidade	1 (5,9)	16 (94,1)	1,5	
Exame periódico	2 (3,8)	51 (96,2)	-	
Infecção/comorbidade	1 (5,9)	16 (94,1)	1,5	
Gestação	-	92 (100,0)		-
Outros	-	19 (100,0)		-

Percepção de risco de ter adquirido HIV				
Baixo	2 (1,2)	163 (98,8)	-	0,002 ^a
Moderado	1 (2,4)	40 (97,6)	2,0	
Alto	2 (18,2)	9 (81,8)	15	
Não sei	6 (9,7)	56 (90,3)	7,9	
Práticas sexuais (n=264)*				
Anal receptivo	9 (7,9)	105 (92,1)	1,93	0,004 ^a
Anal insertivo	2 (4,1)	47 (95,9)	-	
Oral e/ou vaginal	-	112 (100,0)		

RP: razão de prevalência

P valor: testes qui-quadrado (x²) ou exato de Fisher

^aexato de Fisher

^btestes qui-quadrado (x²)

* frequência e percentual segundo número de respondentes

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

*“Tende por motivo de alegria o passardes
por várias proações, sabendo que a
proação da vossa fé, uma vez confirmada,
produz perseverança.”*

Hebreus 12:11

5 DISCUSSÃO

O estudo objetivou analisar comparativamente a soroprevalência e fatores comportamentais e sociodemográficos associados à infecção pelo HIV em jovens. As características sociodemográficas gerais evidenciadas, apontam que jovens de média escolaridade, estudantes, e com poucas variações entre o sexo feminino e masculino foram frequentes nos CTA's estudados. Em investigação realizada sobre perfil de pacientes que buscam triagens sorológicas, foram observados que as características dos usuários são semelhantes, em relação ao sexo e nível de escolaridade médio (PEREIRA, *et al.* 2020). Características de raça e etnia com frequência de jovens autodeclarados pardos, foram apontados em outras pesquisas (NOGUEIRA, *et al.* 2017; PEREIRA, *et al.* 2020).

Relatos de testes prévios entre os jovens investigados, pode ser justificado por frequentes exposições de risco. Estudo sobre autopercepção de risco ao HIV conduzido nos EUA, apontou que 428 jovens (38,8%) relataram ter realizado teste entre 1 a 6 meses anteriores a pesquisa (WENTZ, *et al.* 2019). Dados semelhantes também foram evidenciados por Mueses-marín, *et al.* (2018). Contudo em outra análise de soroprevalência, 70,9% dos pacientes relataram testagem prévia em maior frequência para sífilis, em comparação com sorologia prévia para HIV (37,2%) apontando para as oportunidades perdidas para oferta e realização de testagem para HIV por ocasião do teste da sífilis.

Dentre os principais achados do estudo, destaca-se o elevado percentual de jovens gestantes (33,0%) que buscaram triagem sorológica para HIV seguindo continuidade no pré-natal, encaminhadas da atenção básica. Ressalta-se que a Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 que dispõe sobre a realização de testes rápidos, é clara quanto a atribuição das equipes da atenção básica no âmbito do pré-natal a realização de testes rápidos para o diagnóstico de HIV, sífilis, e outros agravos para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012).

Ratifica-se ainda que a implantação com devida execução dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV na Atenção Básica encontra-se inserida no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha (RC) lançada em 2011 pelo governo federal, como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil ainda no contexto da Rede (BRASIL, 2012; 2013).

O deslocamento de gestantes de seu território para outra localidade de realização de triagem desvia-se do princípio da integralidade conforme Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A redução das taxas de transmissão vertical do HIV é eixo prioritário juntamente com a redução da mortalidade materna, bem como, conhecido por gestores e profissionais de saúde a cerca de uma década, porém conforme apontado no presente estudo há uma busca pela testagem em serviço especializado o que reitera a deficiência na acessibilidade das gestantes ao teste Anti-HIV na atenção básica (BRASIL, 1990; 2012; 2013).

Ainda no que se refere a frequência de gestantes em triagem dos CTA's, estudo transversal conduzido por Barbosa *et al.* (2016) com este público, mostra que a realização de exames pré-natal foi o motivo de 82,43% das gestantes atendidas, e 8,76% foram encaminhadas por UBS.

Jovens que buscaram o CTA para triagem sorológica para o HIV, em maior frequência informaram autopercepção de baixo risco de adquirir HIV. Em pesquisa de investigação de vulnerabilidade de adolescentes e jovens ao HIV em região Nordeste do Brasil, 70,8% consideraram o risco de contrair HIV ou outras IST's como “quase impossível ou impossível” (CHAVES, *et al.* 2021). Fonte *et al* (2021) investigou na região Sudeste a autopercepção dos jovens universitários quanto à possibilidade de adquirir IST's e destacou que 45,4% dos jovens consideraram o risco “pouco possível”, e 26,3% assinalaram como “impossível”.

Quanto à adesão ao uso de preservativos, observou-se nos jovens investigados que esta prática é adotada ocasionalmente durante as relações sexuais. A baixa adesão ao uso do preservativo, foi observada em investigação de comportamento de risco, por macrorregiões brasileiras onde em todas as relações com parceiros (as) fixos (as) foi igual a 34,5%, com menor adesão verificada na região Sul (29,6%), já na relação sexual com parceiros (as) eventuais, o uso do preservativo frequente aumentou para 45,6%. No sexo em troca de benefícios na região Nordeste foi verificado percentual de 75,1%, e menor adesão em relacionamentos com parceiros fixos (34,7%) (DAMACENA, *et al.* 2019).

Outra pesquisa conduzida com 211 jovens HSH na área urbana de Bandung, Indonésia, entre 2018–2019, destacou prevalência de HIV de 79,5% entre os jovens

que informaram ter relações com parceiros em troca de benefícios (JOHNSTON, *et al.* 2021).

Na Índia estudo avaliou que, em comparação com adultos mais velhos, jovens do sexo masculino foram significativamente mais propensos a praticar sexo desprotegido (OR 2,29, $p < 0,01$) (GANAPATHI, *et al.* 2019). Baixa percepção de risco ao HIV e adesão esporádica de preservativos encontradas no presente estudo, se integram como preditores de exposição ao HIV na população jovem, com maior probabilidade de ocorrências de transmissão em tais práticas sexuais inseguras.

Ainda no tocante a práticas sexuais, verificou-se neste estudo, maior frequência de sexo anal quando comparado às demais. Macapagal, *et al.* (2018) em pesquisa realizada nos Estados Unidos com jovens HSH, destacaram que 62,1% se envolvem em prática sexual anal, sendo que apenas 25,0% adotam preservativo nas relações.

Entre os dados apontados no presente estudo, ressalta-se que dos 279 jovens investigados, 11 apresentaram resultado reagente para HIV, alcançando uma soroprevalência de 3,9%. Sabendo-se que a população jovem é prioritária em ações para enfretamento ao HIV, observa-se que outros estudos com populações chave mostram prevalências inferiores aos achados. A este despeito Dias *et al.* (2021), analisou 380 mulheres quilombolas para investigação de prevalência de IST's, onde a infecção por HIV obteve menor soroprevalência (0,3%).

No estado de Minas Gerais, estudo destaca que entre julho a dezembro de 2017 a soroprevalência de HIV foi 3,31% na população carcerária investigada (TOMAZELA, *et al.* 2020). No Presídio Regional no Rio Grande do Sul, dados similares entre os anos de 2016-2017 foram encontrados, onde dos 349 investigados houve percentual de 4,9% de prevalência ao HIV (MACHADO, *et al.* 2019).

Em outra penitenciária no estado do Amapá dos 1.167 dados avaliados, 1.086 (93%) indivíduos eram do sexo masculino, com soroprevalência de 1,54% na população geral estudada (VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016). Em região nordeste, pesquisa com mesmo grupo populacional, apontou que dos 1.097 indivíduos pesquisados, 13 apresentaram sorologia positiva para o teste-HIV o que

representou uma prevalência de 1,19% (0,54% a 1,83%) (ALBUQUERQUE, *et al.* 2014).

Comparando-se os presentes dados com trabalhadoras do sexo, investigação de soroprevalência com amostra de 4.328 no Brasil, apontou prevalência do HIV estimada em 5,3% (SZWARCOWALD, *et al.* 2018). Dentre dados epidemiológicos em outros países, pesquisa conduzida na Nigéria com distribuição maior de jovens que realizaram testagem (n=1.765) foram observados mesma distribuição de testes positivos para HIV (n=11) com soroprevalência geral de 0,6% (BRADU, *et al.* 2020).

Os dados apresentados em populações chave, refletem em semelhança ou prevalência inferior a apontada na presente análise o que sugere urgência de estratégias específicas para população jovem. Pereira *et al.* (2019), também destaca que ao passo que a prevalência do HIV se estabiliza na população geral no Brasil, segmentos populacionais prioritários concentram altas prevalências.

Frente à prevalência encontrada, analisando os dados de forma desagregada, observou-se maior soroprevalência no município de Campina Grande (7,14%), quando comparados a jovens residentes em João Pessoa (2,2%). Tal achado pode estar associado a interiorização da Epidemia, com consequente deslocamento dos casos para fora da capital do Estado. Não obstante, Lopes, *et al.* (2022) apontou em investigação de prevalência ao HIV no estado da Bahia, que entre os anos de 2017 a 2019 o padrão espacial de infecção pelo HIV se caracterizou por dispersão dos casos notificados em dois agregados de municípios nas regiões Sul e Extremo Sul do Estado (25,4 a 76,2 casos /10⁵ hab). No Piauí, em outro estudo, notou-se disseminação da infecção pelo HIV em municípios de porte médio (incluindo a capital) (94,1%) do total de soropositivos e (5,9%) nas de porte pequeno (OLIVEIRA, *et al.* 2021).

Dentre as possíveis respostas para tais dados de interiorização Foresto *et al.* (2017), em estudo realizado no interior de São Paulo, confirma o perfil predominante de pessoas do sexo masculino, de baixa renda e exposição ao HIV por meio da transmissão sexual nesses locais de pequeno porte.

Pesquisa transversal realizada no estado de Rondônia no período 2007–2012, ressaltou que atrelado a interiorização da epidemia do HIV houve influxo migratório recente de milhares de trabalhadores do sexo masculino para o estado, o qual, apresenta maior soroprevalência quando comparada às médias nacionais e da região norte (VIEIRA, *et al.* 2015).

Em estudo ecológico no estado de Alagoas com casos notificados de HIV entre 2007 a 2016, constatou-se a existência de aglomerados que se deslocam das regiões litorâneas e migram para as regiões do interior, destacando-se tendência linear crescente na incidência de casos e mais significativa entre os municípios interioranos de Alagoas, onde sete municípios foram identificados com coeficientes críticos de detecção superiores à média estadual, que variou de 17,5 a 38,3 casos por 100.000 habitantes (MELO, *et al.* 2020).

Destaca-se que interações sociosexuais, fluxo sazonal de pessoas com perfis culturais e comportamentos variados, difusão por meio de contiguidade e a difusão hierárquica por redes podem contribuir para uma maior vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis com reflexo na difusão geográfica da infecção pelo HIV em direção aos municípios de pequeno porte (ALVES; NOBRE, 2014; NOGUEIRA, *et al.* 2014; MELO, *et al.* 2020).

Ainda no tocante a dispersão de casos, análise espaço-temporal dos casos notificados de HIV no período 2001-2010 no estado do Rio de Janeiro, mostrou predominância de agrupamentos locais associados a ocorrência de aids, onde a possibilidade de disseminação destes municípios deve ser vista como áreas críticas que requerem intervenções específicas (ALVES; NOBRE, 2014).

Desta forma, destaca-se que municípios circunvizinhos a Campina Grande, podem apresentar em segundo período tendência de simultaneidade quanto à taxa de incidência do HIV, caracterizando a infecção como um fenômeno multifacetado e espacialmente dependente entre os municípios (MELO, *et al.* 2020). O que reforça medidas pontuais para expansão de testagens, e vigilância ao agravo em estudo nos municípios investigados.

Neste estudo, 100,0% dos casos HIV positivos foram relacionados a jovens do sexo masculino com diferença significativa, Yoo *et al.* (2020) observou em

análise realizada em centros de testagem de 2010 a 2015 na República da Coreia, que a prevalência de HIV foi maior para jovens do sexo masculino (1,19 %) do que sexo feminino (0,17%), com aumento a cada ano de 2,33% e 0,35% para homens e mulheres respectivamente ($p < 0,0001$).

Vale; Carvalho; Pereira, (2016) observaram em pesquisa de prevalência em região Norte do Brasil, a soroprevalência de 1,28% para o sexo masculino e de 0,26% no sexo feminino ($p=0,12$).

Contudo, observa-se distinção de perfil de sexo em investigação entre jovens residentes no Quênia, onde a prevalência de infecção pelo HIV para o sexo feminino foi 8,9%, e para jovens do sexo masculino 2,7%, ainda, verificou-se que mulheres com idades entre 15-24 anos e 25-29 anos representaram quatro e seis vezes mais chances de serem HIV positivas do que os homens (OR: 4,23 e 6.18) (BRAITSTEIN, *et al.* 2019).

Na Uganda, o sexo feminino apresentou em estudo de prevalência ao HIV taxa de infecção mais elevada (25,9% $n = 112$) do que o sexo masculino (12% $n = 43$), $P < 0,001$ (MAFIGIRI, *et al.*, 2017). Já Badru *et al* (2020) mostrou que a prevalência do HIV na Nigéria não diferiu entre os adolescentes do sexo masculino (0,8%) e feminino (0,4%).

Jovens do sexo masculino declarados homossexuais foram associados ao desfecho HIV (RP=4,8) com maior taxa comparando-se a jovens bissexuais com diferença significativa. Maior taxa de soroprevalência, também foi identificada em pesquisa conduzida na Indonésia onde dos 63 jovens HSH que obtiveram sorologia positiva para o HIV, 61,8% eram homossexuais (JOHNSTON, *et al.* 2021). Como também em pesquisa conduzida em Região Norte do Brasil, onde na análise dos fatores de risco associados à soropositividade para o HIV, observou-se que homossexuais apresentaram 2,5 mais chances de contraírem o HIV do que heterossexuais (RR=2,54; $p=0,09$) (VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016). Quanto a identidade de gênero, Mustanski *et al* (2020) mostrou que em Chicago não foram encontradas diferenças significativas por identidade de gênero relacionados a infecção pelo HIV (MUSTANSKI, *et al.* 2020).

A taxa de resultados reagentes para HIV mostrou-se prevalente em jovens que informaram testagens prévias, contudo sem diferença significativa. Como prováveis associações com HIV, observa-se que análise conduzida para investigar fatores associados à testagem, trouxe como causas de busca de jovens a testagem nos últimos 12 meses as características: 10 anos ou mais de escolaridade (OR 1,64; IC 95% 1,10–2,44); necessidade moderada ou muito pronunciada de tratamento médico (OR 2,03; IC 95% 1,32–3,13); uso ilícito de silicone líquido industrial (OR 1,68; IC 95% 1,08–2,63), e participação em organizações da sociedade civil (OR 1,80; IC 95% 1,17–2,77) (LEITE, *et al.* 2021).

Como principal motivo para testagens, exposição sexual obteve soroprevalência de 8,6% com diferença significativa. Observa-se que dentro da exposição sexual, estudo ressalta que relações sexuais foram encontradas em 92,4% dentre as exposições relatadas (TOKANO; DESSUNTI, 2015). Ao passo que o jovem relata testagens prévias frequentes, associadas ao desfecho sorológico HIV com exposição sexual assinalada, observa-se a importância da aplicabilidade do aconselhamento adequado nessa faixa etária (HARGREAVES JR, *et al.* 2016; NOGUEIRA, *et al.* 2017).

Associados ao desfecho sorológico com diferença significativa, observa-se maior soroprevalência em jovens com autorrelato de percepção de risco alto de adquirir HIV (RP=15) quando comparados aos que relataram baixo risco. Investigação sobre fatores comportamentais e biológicos relacionados à infecção pelo HIV em Moçambique, mostrou a autopercepção de alto risco para o HIV como fator associado ao desfecho (OR: 3,99, IC 95%: 1,27, 12,5) (MACICAME, *et al.* 2019).

Com soroprevalência inferior no presente estudo, jovens com desconhecimento de risco de adquirir HIV (RP=7,9) quando comparados aos que relataram baixo risco, obtiveram associações significativas com o desfecho HIV. Estudo conduzido sobre autopercepção de risco para HIV nos EUA entre homens jovens adultos HSH observou que 61,9% dos jovens investigados relataram que não consideram provável infecção pelo HIV (WENTZ, *et al.* 2019).

Sem diferenças significativas, na caracterização comportamental dos jovens investigados, bem como, nas associações com a infecção pelo HIV, foram observados poucos relatos de uso de PrEP ou PEP. Ressalta-se que ambas as terapias antirretrovirais são ofertadas pelo município com fluxograma estabelecido. Não obstante, outros estudos apontam a falta de adesão em outros países, assim como em análise de risco realizada nos EUA, onde 646 (89%) dos jovens investigados não estava usando PrEP atualmente (SALESKA, *et al.*, 2021; KOECHLIN, *et al.* 2017).

Para Koechlin *et al.* (2017) as quatro barreiras de uso mais citadas à PrEP identificadas em sua condução de pesquisa em todos os grupos de risco foram preocupações com segurança, efeitos colaterais, custo e eficácia, bem como, com os potenciais efeitos colaterais no contexto de outras drogas e/ou álcool e/ou drogas recreativas.

Apesar de não apresentar diferença significativa, jovens com início da atividade sexual entre 12 a 18 anos e maiores de 18 nessas categorias representaram as maiores prevalências de HIV. O impacto do início da atividade sexual entre 12 a 18 anos, advém da provável falta de informação quanto ao uso de barreiras efetivas para prevenção da transmissão do HIV (MACICAME, *et al.* 2019). Observa-se que o início da atividade sexual ainda é precoce entre meninos adolescentes (16 anos) e homens jovens (19 anos) na última década (SHARMA; VISHWAKARMA, 2020).

Observa-se na Nigéria maior distribuição de casos HIV em jovens com iniciação sexual entre 12 e 14 anos atrelado ao baixo conhecimento abrangente sobre HIV. Ressalta-se que o mesmo estudo refere a necessidade de fornecer educação sexual abrangente, incluindo conhecimento sobre HIV a partir dos 10 anos de idade (BADRU, *et al.* 2020).

Análise com jovens universitários da Região Sul do Brasil, apontou que 69,3% tiveram a primeira relação sexual antes dos 18 anos de idade, e 14,9% da amostra total iniciou a vida sexual com idade igual ou inferior a 14 anos. Tais dados podem estar associados com a frequência de relações nessa faixa etária com pessoas conhecidas, o que pode reduzir adesão ao preservativo (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Atrelado a necessidade de fornecimento de educação sexual mais precocemente a população jovem, percebe-se que jovens com escolaridade alta obtiveram maior ocorrência com resultados reagentes para HIV, não apresentando significância estatística, Macicame *et al.* (2019) e Mafigiri, *et al.* (2017) observaram dados similares de associação com educação de alto nível em suas análises de soroprevalência.

Se tratando ainda da ocorrência de casos HIV em jovens com alta escolaridade, Kteily-hawa, *et al* (2022) em revisão enfática com dados de jovens da do Oriente Médio e Norte da África, associa fatores como parceiros multissexuais, sexo inseguro, uso de drogas, consumo de álcool e pertencimento a uma rede social, como comportamentos de risco válidos para colocar os universitários em alto risco de contrair o HIV, não informando suas atitudes atrelados a uma baixa percepção de risco.

Aspectos comportamentais como histórico de diagnóstico prévio de IST foi observado em 6,8% dos jovens com desfecho HIV sem diferenças estatísticas, em Moçambique resultados semelhantes foram apontados por Macicame *et al* (2019) onde jovens com autorrelato de diagnóstico de IST nos últimos três meses tinham 3 vezes mais probabilidade de adquirir HIV (OR: 3,75, IC 95%: 1,57, 8,97).

Práticas sexuais em troca de benefícios foram associados a 10,7% dos jovens com desfecho HIV, sem diferenças significativas, porém observa-se que em análise realizada com jovens em regiões brasileiras, a investigação em região Nordeste mostrou que 1,7% dos que tiveram relação sexual pagas 75,1% obtiveram adesão ao preservativo na última relação sexual, comparando-se com 34,7% de adesão em relações com parceiros fixos, e 40,3% com parceiros casuais (DAMACENA, *et al.* 2019).

Na caracterização comportamental dos jovens, observou-se adesão esporádica ao uso do preservativo, no entanto nas associações com a soroprevalência, jovens apontaram utilização frequente do método de barreira, sem diferenças significativas. Morales *et al.* (2018) mostrou que jovens de 14 a 19 anos na Colômbia usam preservativos 71% das vezes que fazem sexo, porém apenas 22% utilizam de forma consistente.

Comparando-se com análise realizada com jovens na Jamaica, dos participantes que concordaram que os preservativos reduzem o risco de transmissão do HIV foram 13,1 vezes mais propensos a usar preservativos durante suas últimas relações sexuais (IC 95%: 2,1-79,0) do que aqueles que discordaram (NCUBE, *et al.* 2017; MACICAME, *et al.* 2019).

Se tratando das práticas sexuais assinaladas pelos jovens investigados, ter tido relação anal receptiva associou-se a prevalência de 7,9% ao HIV (RP=1,93), seguida sexo anal insertivo com 4,1%.

Apesar dos relatos de adesão frequente ao preservativo na presente investigação, Ncube *et al.* (2017) em estudo conduzido na Jamaica com pessoas que vivem com HIV, evidenciou que cerca de 12% da população estudada afirmou ter feito sexo anal ou vaginal desprotegido sem revelar sua sorologia para o HIV, ressaltando que prevalência de sexo inseguro é alta entre pessoas sexualmente ativas vivendo com HIV e/ou aids.

Quanto a soroprevalência em jovens que relataram predominância de sexo anal receptivo comparando com os que informaram prática insertiva, observa-se que Dados do estudo *PROUD* entre novembro de 2012 e abril de 2014 que randomizou HSH (n=268) que frequentavam centros de saúde sexual participantes na Inglaterra, evidenciou o baixo risco para homens que praticam exclusivamente sexo anal insertivo sem preservativo (WHITE, *et al.* 2019).

Em Moçambique Macicame *et al.* (2019) ressaltou que de novembro de 2013 a novembro de 2014 entre os HSH estudados 41,4% estavam infectados pelo HIV (IC 95%: 0,235, 0,611); HSH eram mais propensos a serem soropositivos para HIV (OR: 6,66, IC 95%: 3,10, 14,3).

A presente discussão refere que há consistência de dados que corroboram com os achados do presente estudo, com algumas poucas variáveis demonstrando características distintas em outras pesquisas. Estudos com atividades precoces de orientação educacional com ênfase em barreiras de prevenção ao HIV a população jovem é frequentemente recomendada, porém a prevalência apontada reflete em fragilidades, tendo em vista dados de comparação sociodemográfica e comportamental apresentados.

*“Ela desatinou
Desatou nós
Vai viver só
Eu sou meu próprio lar”*

Triste, Louca ou Má, Francisco, El Hombre

6 CONCLUSÕES

A execução desta pesquisa apontou elevada soroprevalência na população jovem estudada conforme comparação com outros estudos, com diferença de prevalência entre os dois municípios estudados, onde houve concentração da epidemia em município de menor base populacional. Ser jovem do sexo e gênero masculino, procedente de Campina Grande, declarado homossexual, com percepção de alto risco de adquirir HIV, praticar sexo anal receptivo e exposição sexual como motivo do teste atual foram os fatores sociodemográficos e comportamentais associados ao desfecho HIV, com diferença estatisticamente significativa.

Sem diferenças significativas, a soroprevalência apresentada em jovens com escolaridade alta, renda entre um a três salários mínimos, que estudam e trabalham, com início de atividade sexual entre maiores de 18, autorrelato de adesão ao preservativo nas relações sexuais “sempre” remetem a reavaliação da atual abordagem de ações de educação sexual implementadas, tendo em vista, que há desfechos associados a jovens que têm acesso a vantagens econômicas e educacionais.

No entanto, a presente investigação também evidenciou que jovens têm buscado mais frequentemente os CTA's para testes prévios, porém anteriormente a testagem para triagem sorológica há fatores comportamentais de prevenção que devem ser trabalhados na perspectiva da redução de desfechos positivos para HIV.

Caraterísticas comportamentais como percepção de alto risco de adquirir HIV e prática de sexo anal receptivo, mostram ainda falhas na execução de atividades educacionais voltadas ao jovem com intervenções específicas destinadas a abordar suas lacunas de conhecimento abrangentes sobre o HIV que precisam ser o foco na saúde pública.

Entre a população jovem, nossas descobertas sugerem urgência na implantação e expansão das intervenções de prevenção e testagem, que envolvam ambientes de compatibilidade com faixa etária estudada, com inclusão de programas focados em encorajar o teste de HIV, bem como em suas parcerias sexuais, a fim de obter diagnóstico precoce, e interrupção da cadeia de transmissão.

Tais dados, devem fazer parte de informações estratégicas em vigilância do agravo estudado, para auxílio na implementação e execução de ações de

fortalecimento de prevenção ao HIV em jovens. Medidas que visem linguagem e comunicação efetiva com o jovem, familiar, apoio de instituições de Ensino devem compor conjunto integrado de ações de cuidado em saúde para superação destes elementos de vulnerabilidade ainda presentes, que devem ter aplicabilidade simultaneamente, e não de forma isolada. Utilizar dos meios digitais também é oportunidade efetiva para formação de um canal efetivo de comunicação e educação sexual, com vista ao fortalecimento das medidas de prevenção de natureza comportamental.

Ressalta-se a importância de realização de novas investigações com ênfase em aspectos biomédicos e comportamental, para adequação de melhor linguagem na disseminação de informações e aplicabilidade da política de atenção ao HIV na população jovem com ênfase em todas as especificidades dessa faixa etária.

A alta frequência de jovens gestantes encaminhadas da atenção básica para triagem sorológica não pode ser mitigada de associações. Falhas de integralidade na rede dos municípios estudados precisam ser evidenciadas, ressalta-se que a execução da atenção pré natal em sua totalidade só será possível por meio da cooperação e do trabalho de gestores e profissionais de saúde.

A utilização de uma amostragem aleatória, e sim por conveniência, pode ser considerada uma limitação deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C. C. *et al.* Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1678-456, 2014. doi.org/10.1590/1413-81232014197.08602013

ALVES, A. T. J.; NOBRE, F. F. A síndrome da imunodeficiência adquirida no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espaço-temporal dos casos notificados no período 2001-2010. **Geospat Saúde**. v. 8, n. 2, p. 437-43, 2014. Disponível em: <https://geospatialhealth.net/index.php/gh/article/view/32>

ALVES, I. N. *et al.* Perfil epidemiológico de adultos jovens (20 a 24 anos) com HIV/AIDS em uma cidade do interior paulista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v 57, p. 4164, 2020. <https://doi.org/10.25248/reas.e4164.2020>.

ASUQUO, S. E. *et al.* Youth engagement in HIV prevention intervention research in sub-Saharan Africa: a scoping review Youth engagement in HIV prevention intervention research in sub-Saharan Africa. **Journal of the International AIDS Society**, v 24, p. 25666, 2021. <https://doi.org/10.1002/jia2.25666>.

BADRU, T. *et al.* Conhecimento abrangente e prevalência do HIV entre adolescentes jovens na Nigéria: evidências da pesquisa de indicadores de AIDS Akwa Ibom, 2017. **BMC Public Health**. v 20, n 1, p 45, 2020. doi:10.1186/s12889-019-7890-y

BALAJI, A. B. *et al.* Alta Incidência e Prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana e Fatores Associados entre Adolescentes do sexo masculino de minorias sexuais-3 cidades, 2015. **Clin Infect Dis**, v 66 n 6, p. 936-944, 2018. doi:10.1093/cid/cix902

BARBOSA, A. J. C. *et al.* Behavioral profile of pregnant women attended in a testing and counseling center in a frontier municipality. **Cogitare Enferm**. v 21, n 1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>. Acesso em: 01 mar. 2020.

BARROS, S. G. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Sandra Garrido de Barros. Salvador: Edufba, 2018. *E-book*.

BHATTACHARJEE, P. *et al.* Monitoring HIV prevention programme outcomes among key populations in Kenya: findings from a national survey. **PLoS One**, p 10, v 8, p. 0137007, 2015. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137007.t005>

BAUERMEISTER, J.; EATON, L; STEPHENSON, R. A Multilevel Analysis of Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and Transactional Sex with Casual

Partners Among Young Men Who Have Sex with Men Living in Metro Detroit, **Behavioral Medicine**, v 42, n 3, p. 197-204, 2016. doi: 10.1080/08964289.2015.1110560.

BRAITSTEIN, P. *et al.* Prevalência do HIV em jovens e crianças que vivem nas ruas, Quênia. **Bull World Health Organ.** v 97, n 1, p. 33-41, 2019. 10.2471/BLT.18.210211

BRASIL, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes** / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, p. 90 1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Diretrizes I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis na Atenção Básica**, 2012. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013.** Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids** /

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 116 p.: il. ISBN 978-85-334-2000-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020**. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial |. Dez. 2020.

BRIGNOL, S. *et al.* Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 31, n, 5, p. 1-14, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178313>

CAMPOS, C. G. *et al.* A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. **Revista Mineira de Enfermagem**. v 18, n 2, p. 310-319, 2014. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140024>

CASTOLDI, L. *et al.* Profilaxia pós-exposição ao HIV em populações vulneráveis: estudo longitudinal retrospectivo em um ambulatório da rede pública do Rio Grande

do Sul, 2015-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 2, p. 2020646. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200017>

CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. HIV entre jovens, idade, HIV por grupo: HIV/AIDS/CDC. 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/youth/index.html>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CHAVES, C. S. *et al.* Vulnerability of adolescents to sexually transmitted infections/HIV. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 4880-4898 mar. /apr. 2021. doi:10.34119/bjhrv4n2-072

CHEN, M. *et al.* Demographic characteristics and spatial clusters of recent HIV-1 infections among newly diagnosed HIV-1 cases in Yunnan, China, 2015. **BMC Public Health**, v 19, p. 1507, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7557-8>.

CHOUDHRY, V. *et al.* Transactional sex and HIV risks—evidence from a cross-sectional national survey among young people in Uganda. **Global health action**, v 8, n 1, p. 27249, 2015. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27249>

CHRISTOPH, D. *et al.* Estruturadas e entrevistas semiestruturadas. Profilaxia pré exposição ao HIV (PrEP): uma revisão do conhecimento atual da PrEP sistêmica do HIV em seres humanos. **Infecção**, 2016.

WHITE, E. *et al.* PROUD study group. Predictive factors for HIV infection among men who have sex with men and who are seeking PrEP: a secondary analysis of the PROUD trial. **Sex Transm Infect**. 2019 Sep; 95 (6): 449-454. doi: 10.1136/sextrans-2018-053808. Epub 2019 Mar 27. PMID: 30918121; PMCID: PMC6824743.

WOHLGEMUTH, C. L.; POLEJACK, M. G; SEIDL, E. F. Jovens universitários e fatores de risco para infecção pelo HIV: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana De Estudos Em Cultura E Sociedade**, v 6, n 1, 2020. <https://doi.org/10.23899/relacult.v6i1.1631>

DAW, M. A. *et al.* Spatio temporal analysis and epidemiological characterization of the human immunodeficiency virus (HIV) in Libya within a twenty five year period: 1993–2017 **AIDS Res Ther**, v 16, n. 14, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0228-0>

DAMACENA, G. N. *et al.* A portrait of risk behavior towards HIV infection among Brazilian Army conscripts by geographic regions, 2016. **Rev bras epidemiol**. v 22, n 1, p. 190009, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190009.supl.1>

DIAS, J. A. *et al.* Sexually transmissible infections in African-descendant women in maroon communities in Brazil: prevalence and associated factors. **Cadernos de**

Saúde Pública. v. 37, n. 2, p. 1678-4464, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174919>.

DONNELL, D. *et al.* HIV Protective Efficacy and Correlates of Tenofovir Blood Concentrations in a Clinical Trial of PrEP for HIV Prevention. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v 66, n 3, p. 340-348, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4059553/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DZAH, S. M.; TARKANG, E. E.; LUTALA, P. M. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among senior high school students in SekondiTakoradi metropolis, Ghana. **Afr J Prm Health Care Fam Med**, v 11, n 1, p. 1875, 2019. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1875>

FORESTO, J. S. *et al.* Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v 38, n 1, p. 63158, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.

FONTE, V. R. F. *et al.* Conhecimento e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis entre jovens universitários. **Cogitare Enfermagem**, v 23, n 3, p. 55903, 2018. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.55903>

KTEILY-HAWA, R. *et al.* Understanding the epidemiological HIV risk factors and underlying risk context for youth residing in or originating from the Middle East and North Africa (MENA) region: A scoping review of the literature. **PLoS One**. 2022 Jan 7;17(1): e0260935. doi: 10.1371/journal.pone.0260935. PMID: 34995320; PMCID: PMC8741013.

GANAPATHI, L. *et al.* Jovens que usam drogas injetáveis na Índia têm alta incidência de HIV e risco comportamental: um estudo transversal. **J Int AIDS Soc.** v 22, n 5, p. 25287, 2019. doi:10.1002/jia2.2528710.1002/jia2.25287

FRITSCH, H.M. *et al.* Transmission dynamics and molecular characterization of HIV-1 epidemic among therapeutic failure patients in Santa Catarina state, southern Brazil. **Infect Genet Evol**, n 92, p. 104854, 2021. doi: 10.1016/j.meegid.2021.104854.

GARNETT, G. P. *et al.* Providing a conceptual framework for HIV prevention cascades and assessing feasibility of empirical measurement with data from east Zimbabwe: a case study. **Lancet HIV**, n 3, v 7, p. 297-306, 2016. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30039-X.

GARNETT, G. P. Reductions in HIV incidence are likely to increase the importance of key population programmes for HIV control in sub-Saharan Africa. **J Int AIDS Soc**, v 24, p. 25727, 2021. doi: 10.1002/jia2.25727.

GEBALA, P. A.; MAGALHÃES, R. N. HIV / AIDS prevention among adolescents and young people: analysis of attitudes and behaviours related to their sexuality and love relationships. **Revista Electrónica de Investigación e Desenvolvimento**, n 5, 2015. Disponível em: <http://reid.ucm.ac.mz/index.php/reid/article/viewFile/67/83>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GRÄF, D. D.; MESENBURG, M. A.; FASSA, A. G. Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v 54, n 41, 2020. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001709>

GRAHAM, J. H.; LIM, S. H.; BURCH, W. J. A qualitative study of young men who have sex with men and multilevel factors related to HIV risks in Malaysia. **AIDS Education and Prevention**, v 30, n 2, p. 85-95, 2018. doi: 10.1521/aeap.2018.30.2.85

GUTIERREZ, E. B. *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v 22, p. 190034, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190034>.

HAILU, *et al.* Spatial patterns and associated factors of HIV Seropositivity among adults in Ethiopia from EDHS 2016: a spatial and multilevel analysis. **BMC Infectious Diseases**, v 20, n 751, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05456-1>

HALEY, D. F. *et al.* Relationships between neighbourhood characteristics and current STI status among HIV-infected and HIV-uninfected women living in the Southern USA: a cross-sectional multilevel analysis. **Sex Transm Infect Published Online First**, v 93, n 8, p. 583-589. doi:10.1136/sextrans2016-052889.

HANKINS, C. A. A.; BÁRBARA, Z. O. B. Prevenção combinada: uma compreensão mais profunda da prevenção eficaz do HIV. **AIDS**, v 24, p. S80, 2010. doi: 10.1097 / 01. aids.0000390709.04255.f0

HARGREAVES, J. R. *et al.* The HIV prevention cascade: integrating theories of epidemiological, behavioural, and social science into programme design and monitoring. **Lancet HIV**, v 3, n 7, p. 318-22, 2016. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30063-7.

KOECHLIN, F. M., *et al.* Valores e preferências sobre o uso da profilaxia pré-exposição oral (PrEP) para prevenção do HIV entre populações múltiplas: uma revisão sistemática da literatura. **Comportamento da AIDS**, v 21, n 5, p. 1325-1335, 2017. doi:10.1007/s10461-016-1627-z)

KHANNA, A.S. *et al.* Projecting the number of new HIV infections to formulate the "Getting to Zero" strategy in Illinois, USA. **Math Biosci Eng**. v 18, n 4, p. 3922-3938, 2021. doi: 10.3934/mbe.2021196. PMID: 34198418.

KRISHNARATNE, S. *et al.* Interventions to strengthen the HIV prevention cascade: a systematic review of reviews. **Lancet HIV**. V 3, n 7, 2016 doi: 10.1016/S2352-3018(16)30038-8.

JOHNSTON, L. G., *et al.* Prevalência de HIV alarmantemente alta entre adolescentes e homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) na Indonésia urbana. **Comportamento da AIDS**. V 25, n 11, p. 3687-3694, 2021. doi:10.1007/s10461-021-03347-0

KANTER, J. *et al.* Risk behavior and HIV prevalence among men who have sex with men in a multiethnic society: A venue-based study in Kuala Lumpur, Malaysia. **International Journal of STD & AIDS**. v 22, p. 30–37, 2011. <https://doi.org/10.1258/ijsa.2010.010277>

LEITE, B. O. *et al.* Associação entre discriminação de gênero e consultas médicas e teste de HIV em uma grande amostra de mulheres transgênero no nordeste do Brasil. **Int J Equity Health**. v 20, n 1, p. 199, 2021. doi:10.1186/s12939-021-01541-z

LIM, S. H. *et al.* High rates of unprotected anal intercourse with regular and casual partners and associated risk factors in a sample of ethnic Malay men who have sex with men (MSM) in Penang, Malaysia. **Sexually Transmitted Infections**. V 12, n 9, p. 642–649, 2017. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050995>.

LOPES, T. M. A. S. *et al.* Cenário epidemiológico dos casos de HIV-AIDS na adolescência e juventude no estado da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v 15, n 2, p. 9563, 2022. <https://doi.org/10.25248/reas.e9563.2022>

MACAPAGAL, K. *et al.* Hookup app use, sexual behavior, and sexual health among adolescent men who have sex with men in the United States. **J Adolesc Health**. v 62, n 6, p. 708-715, 2018. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.01.001

MACHADO, F. *et al.* Seroprevalence of HIV, hepatitis B and C and syphilis infection in prisoners of the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. **O Mundo da Saúde**. v 43, n 1, p. 117-128, 2019. doi: 10.15343/0104-7809.20194301117128

MACICAME, I. *et al.* HIV prevalence and risk behavior among male and female adults screened for enrolment into a vaccine preparedness study in Maputo, Mozambique. **PLoS One**. v 14, n 9, p. 0221682, 2019. doi: 10.1371/journal.pone.0221682

MADHIVANAN, P. Using multilevel models to evaluate the influence of contextual factors on HIV/AIDS, STIs, and risky sexual behavior in sub-Saharan Africa: a systematic review, **Annals of Epidemiology**. v 28, n 2, p. 119-134, 2018. doi: 10.1016/j.annepidem.2017.11.006

MAFIGIRI, R. *et al.* Prevalência de HIV e aceitação de serviços de HIV/AIDS entre jovens (15-24 anos) em comunidades pesqueiras e vizinhas de Kasensero, distrito de Rakai, sudoeste de Uganda. **BMC Saúde Pública**. v 17, n 1, p. 251, 2017. doi:10.1186/s12889-017-4166-2

MAGADI, M.; DESTA, M. A multilevel analysis of the determinants and cross-national variations of HIV seropositivity in sub-Saharan Africa: Evidence from the DHS. **Health & Place**. v 17, n 5, p. 1067-83, 2011. doi: 10.1016/j.healthplace.2011.06.004.

MARIE, C. D. S. *et al.* The Relationship Between Economic Deprivation, Housing Instability and Transactional Sex Among Women in North Carolina (HPTN 064) Springer Science+Business Media, LLC, **part of Springer Nature AIDS and Behavior**. v 23, n 11, p. 2946-2955, 2019. doi: 10.1007/s10461-019-02611-8.

MELO, G. C. *et al.* Spatial and temporal analysis of the human immunodeficiency virus in an area of social vulnerability in Northeast Brazil. **Geospat Health**. 2020 Nov 26;15(2). doi: 10.4081/gh.2020.863. PMID: 33461265.

MENDES. N.; PALMA, F.; SERRANO, F. Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. **Int J Adolesc Med Health**. v 26, n 1, p. 3-12, 2014. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2012-0109>

MIRANDA, O. S. *et al.* Comportamentos sexuais: estudo em jovens. **Einstein**, São Paulo, v 16, n 3, p. AO4265, 2018. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4265>.

MONTEIRO, S. S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 24, n 5, p. 1793-1807, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>

MORALES, A. *et al.* Risco sexual entre adolescentes colombianos: conhecimento, atitudes, crenças normativas, controle percebido, intenção e comportamento sexual. **BMC Saúde Pública**. v 18, n 1, p. 1377, 2018. doi:10.1186/s12889-018-6311-y

MOREIRA, L. R.; DUMITH, S. C.; PALUDO, S. R. Condom use in last sexual intercourse among undergraduate students: how many are using them and who are they? **Ciência & Saúde Coletiva**. v 23, n 4, p. 1255-1266, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018234.16492016.

MUSTANSKI, B. *et al.* Incidência de HIV muito alta e fatores de risco associados em um estudo de coorte longitudinal de diversos homens adolescentes e jovens adultos que fazem sexo com homens e mulheres transgênero. **Comportamento da AIDS**. v 24, n 6, p. 1966-1975, 2020. doi:10.1007/s10461-019-02766-4

MOTA, S. L. M. et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Rev Port Enf Reab.** v 1, n 1, p. 45-54, 2018. Disponível em: <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>. Acesso em: 25 jun 2021.

MILLER, R. L. *et al.* Structural Effects on HIV Risk Among Youth: A Multi-level Analysis. **AIDS and Behavior.** v 22, p. 3451–3467, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2031-7>.

MUESES-MARÍN, H. F. *et al.* Percepções sobre risco sexual, HIV e testagem de HIV em Cali, **Colômbia. Colomb Med,** Cali, v 49, n 2, p. 139-147, 2018. doi:10.25100/cm.v49i2.2945

NCUBE, B, *et al.* Sexual risk behavior among HIV-positive persons in Jamaica. **Afr Health Sci.** v 17, n 1, p. 32-38, 2017. doi: 10.4314/ahs.v17i1.6. PMID: 29026375; PMCID: PMC5636262.

NOGUEIRA, C. F. *et al.* Caracterização dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em infecções relacionadas ao sexo **Revista Saúde e Pesquisa,** v. 10, n. 2, p. 243-250, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n2p243-250>).

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v 15, n 5, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 30 jul 2021.

OKAWA, S. *et al.* Sexual and reproductive health behavior and unmet needs among a sample of adolescents living with HIV in Zambia: a cross-sectional study. **Reprod Health.** v 15, n 1, p. 55, 2018. doi: 10.1186/s12978-018-0493-8. PMID: 29587791; PMCID: PMC5869779

OLIVEIRA, E. H. *et al.* Perfil epidemiológico de doadores de sangue infectados pelo vírus HIV, no Estado do Piauí, Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento.** v. 10, n. 5, pág. e33210514936, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i5.14936.

PARENTE, J. S. *et al.* The impact of social isolation on the COVID-19 pandemic on access to HIV treatment and prevention services. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 1, p. e28110111692, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i1.11692.

PEREIRA, B. S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 03, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>.

PEREIRA, E. C. L. *et al.* Jovens universitários da área da saúde são vulneráveis ao HIV. **Tempus-Actas De Saúde Coletiva**. v 11, n 2, p. 41-52, 2018. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2355>

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1995

PEREIRA, G. F. M. *et al.* HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. **Rev Bras Epidemiol**. v 22, suppl 1, p. e190001, 2019. doi: 10.1590/1980-549720190001.

PEREIRA, S. S. C. *et al.* Caracterização de usuários dos Centro de Testagem e Aconselhamento no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Pró-UniverSUS**. v 11, n 2, p. 38-46, 2020. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2371>

RODRIGUES, J. A. *et al.* Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. **Revista Brasileira De Ciências Da Saúde**. v 20, n 2, p. 141-148. 2016. doi: 10.4034/RBCS.2016.20.02.08

RODRÍGUEZ, M.; MENDIVELSO, F. Diseño de investigación de corte transversal. **Rev. Médica. Sanitas**. v 21, n 3, p 141-146, 2018. Disponível em: [/revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/368](http://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/368). Acesso em: 09 jun 2021

ROEHRS, H. *et al.* Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 2, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200026>.

SALESKA, J. L. *et al.* A Tale of Two Cities: Exploring the Role of Race/Ethnicity and Geographic Setting on PrEP Use Among Adolescent Cisgender MSM. **Comportamento da AIDS**. v 25, n 1, p. 139-147, 202. doi:10.1007/s10461-020-02951-w)

SANTOS, S. S. *et al.* Fatores Socioestruturais relacionados aos jovens que buscam o teste para HIV/AIDS: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 4, p. e55510414569, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14569>

SANTOS, J. L. G. *et al.* Nurses practices in the nursing and health care management: integrative review Prácticas de enfermeros en la gerencia del cuidado en enfermería y salud: revisión integradora. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v 66, n 2, p. 257-63, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237070152_Nurses'_practices_in_the_nursing_and_health_care_management_integrative_review. Acesso em 07 dez 2021

SCHOENBACH, V. J. *et al.* AIDS knowledge and sexual activity among Flemish secondary school students: a multilevel analysis of the effects of type of education. **BMC Public Health**. v 10, n 30, 2010. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-30>

SEPODES, B. *et al.* Implementation and Access to Pre-exposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus by Men Who Have Sex With Men in Europe. **Front Med (Lausanne)**. v 8, p. 722247, 2021. doi: 10.3389 / fmed.2021.722247.

SHARMA, S. K.; VISHWAKARMA, D. Transitions in adolescent boys and young Men's high-risk sexual behaviour in India. **BMC Saúde Pública**. v 20, n 1, p. 1089, 2020. doi:10.1186/s12889-020-09191-6

SOUZA, *et al.* Interiorização do HIV/Aids no Brasil: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v 11, n 35, 2013. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol11n35.1798>

SZWARCWALD, L. *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine**. v 97, n S1, 2018. Disponível em: www.md-journal.com. Acesso em 12 jun 2021.

MEDEIROS, D. A. *et al.* Perfil dos usuários vivendo com HIV/Aids atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no interior da Bahia: um estudo longitudinal retrospectivo. **Medicina Ribeirão Preto**. v 54, n 1, p.e1733452021, 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.173345>

NOGUEIRA, J. A. *et al.* AIDS in adults 50 years of age and over: characteristics, trends and spatial distribution of the risk. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 03, p. 355-363, 2014 <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3327.2424>

TOKANO, D. V.; DESSUNTI, E. M. Centro de testagem e aconselhamento: características dos usuários e prevalência de infecção pelo HIV. **Cienc Cuid Saude**. v 14, n 4, p. 1537-1545, 2015. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v14i4.22441>

TOMAZELA, V. H., *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis na população carcerária de Alfenas-MG: estudo de prevalência e intervenção educativa. **Revista Internacional de Educação e Saúde**. v 4, n 1, p. 23-31, 2020. <https://doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v4i1.2659>

TOMITA. *et al.* Social Disequilibrium and the Risk of HIV Acquisition: A Multilevel Study in Rural KwaZulu-Natal Province, South Africa. **J Acquir Immune Defic Syndr**. v 75, n 2, p. 164–174, 2017. doi:10.1097/QAI.0000000000001349

UCHUDI, J; MAGADI, M.; MOSTAZIR, M. A multilevel analysis of the determinants of high-risk sexual behaviour in sub-Saharan Africa. **Journal of Biosocial Science**. v 44, p. 289-311, 2012. doi: 10.1017 / S0021932011000654.

UNAIDS, 2018. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/11/preven%C3%A7%C3%A3o_combinada.pdf. Acesso em 20 nov 2021.

UNAIDS, 2021. Estimates and additional data are available at. Disponível em: aidsinfo.unaids.org. Acesso em 20 nov 2021.

VALE, E. P.; CARVALHO, L. S.; PEREIRA, F. C. S. Soroprevalência do HIV na população privada de liberdade no Amapá. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 3, jul, p. 2238-3360, 2016. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i3.6449>.

VASILENKO, S. A.; RICE, C. E.; ROSENBERGER, J. G. Patterns of Sexual Behavior and Sexually Transmitted Infections in Young Men Who Have Sex with Men. **Sex Transm Dis**. v 45, n 6, p. 387-393, 2018. doi:10.1097/OLQ.0000000000000767

VELO-HIGUERAS, C. *et al.* Young adults and HIV. Awareness and risk behaviour of a group living in Spain. **Enferm Infecc Microbiol Clin**, Engl Ed, v 37, n 3, p. 176-182, 2019. doi: 10.1016/j.eimc.2018.05.015.

VIEIRA, G. D. *et al.* Características relacionadas à interiorização da síndrome da imunodeficiência adquirida no Brasil: um estudo transversal. **Infect Dis Poverty**. V 4, n 31, 2015. doi:10.1186/s40249-015-0060-2

WENTZ, A. E. *et al.* Doação de sangue, práticas sexuais e autopercepção de risco para-HIV nos Estados Unidos entre homens jovens adultos que fazem sexo com homens. **Rep. de Saúde Pública**. v 134, n 1, p. 36-46, 2019. doi:10.1177/0033354918815182

WHITHAM, H. K. *et al.* Sex Practices by HIV Awareness and Engagement in the Continuum of Care Among MSM: A National HIV Behavioral Surveillance Analysis in 21 U.S. Cities. **Comportamento da AIDS**. v 22, n 3, p. 840-847, 2018. doi:10.1007/s10461-017-1966-4

WHO. World Health Organization. **HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers**. Geneva: World Health Organization; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf. Acesso em 22 dez 2021.

WHO. World Health Organization. **Novel coronavirus (2019-nCoV): situation report**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em 22 dez 2021.

WILSON D'ALMEIDA, K. *et al.* Understanding Providers' Offering and Patients' Acceptance of HIV Screening in Emergency Departments: A Multilevel Analysis. ANRS 95008, Paris, France. **PLoS ONE**. v 8, n 4, p. e62686, 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062686>

YOO, M. *et al.* Características de adolescentes e jovens adultos com HIV na República da Coreia de 2010 a 2015. **Rep. Sci.** v 10, n 1, p. 9384, 2020. doi:10.1038/s41598-020-66314-0

ZUCCHI, E. M. *et al.* From evidence to action: challenges for the Brazilian Unified National Health System in offering pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV to persons with the greatest vulnerability. **Cad. Saúde Pública**. v 34, n 7, p. e00206617, 2018. doi: 10.1590/0102-311X00206617 2018.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**. v 28, n 3, p. 356-360, 2018. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>



INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

HIV na população jovem: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e comportamentais

Coordenação: Universidade Federal da Paraíba

Financiamento: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba- FAPESQ

Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

	1. Estudante 2. Trabalho formal 3. Trabalho informal 4. Autônomo 5. Desempregado 6. Outro: _____
9	Qual o seu status de relacionamento atual (<i>no momento da entrevista</i>): 1. Relacionamento fixo 2. Relacionamento casual 3. Relacionamento com mais de um parceiro 4. Sem relacionamento 5. Outro: _____
10	Qual o seu status parental: 1. Pais vivos 2. Órfão de mãe 3. Órfão de pai 4. Órfão dos dois progenitores 5. Não sei

11	Atualmente, com quem você divide moradia (<i>múltipla escolha</i>): 1. Mãe 2. Pai 3. Parceiro (a) 4. Irmãos 5. Filhos 6. Avós 7. Parentes 8. Amigos 9. Sozinho (a)
12	Quantas pessoas moram na casa com você: _____
13	Qual a sua renda familiar mensal: _____ 1. Até 1 SM 2. Entre 1 e 2 SM 3. Entre 2 e 3 SM 4. Entre 3 e 4 SM 5. Acima de 5 SM
14	Você tem suporte financeiro ou material (<i>recursos para alimentação/habitação/familiares/pensão</i>): 1. Sim 2. Não 14.1 Se sim, qual: _____
15	Sua casa é: 1. Própria quitada 2. Própria em quitação 3. Alugada 4. Cedida 5. Outro: _____
16	Você tem telefone celular: 1. Sim 2. Não
17	Você tem acesso a internet: 1. Sim 2. Não

18	No último mês, você considera a quantidade de alimentos na sua casa foi: 1. Suficiente 2. Insuficiente
19	Você já esteve preso (a) ou institucionalizado (a): 1. Sim 2. Não 3. Prefiro não responder
20	Você já fez algum tratamento psiquiátrico: 1. Sim 2. Não 3. Prefiro não responder
21	Você já teve relacionamentos sexuais em troca de benefícios: 1. Sim 2. Não3. Prefiro não responder
22	Você já foi discriminado(a) por sua identidade de gênero: 1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder 22.1 Se sim , onde (<i>múltipla escolha</i>): 1. Na família 2. Nos serviços de saúde 3. No trabalho 4. Na universidade/escola 5.Outros: _____
23	Você já foi discriminado (a) por sua orientação sexual: 1.Sim 2. Não3. Recusou-se a responder 23.1 Se sim , onde (<i>múltipla escolha</i>): : 1. Na família 2. Nos serviços de saúde 3. No trabalho 4. Na universidade/escola 5.Outros: _____
24	Você já sofreu algum tipo de violência/abuso sexual? 1. Sim 2. Não 3. Prefiro não responder 24.1 Se sim , de quem (<i>múltipla escolha</i>): 1. Parceiro 2. Parente 3. Desconhecido 4. Outro: _____ 5. Prefiro não responder
25	Qual o primeiro serviço você recorre quando sua situação de saúde exige cuidados: _____

	1.ESF 2. UPA 3. Hospital Público 4. Serviços particulares 5. Outros: _____
26	Você já recebeu algum tipo de orientação de prevenção ao HIV: 1. Sim 2. Não 26.1 Se sim , onde (<i>múltipla escolha</i>): Escola/universidade 1. Serviços de saúde 2. 3. Trabalho 4. Folheto 5. Televisão/mídia 6. Famíliares 7. Outros: _____
27	Você teve/tem dificuldade em adquirir preservativos: 1. Sim 2. Não 27.1 Se sim , qual(is) dificuldade (s): _____
28	Você teve dificuldade em realizar o teste rápido para HIV (<i>atual</i>): 1. Sim 2. Não 28.1 Se sim , qual(is) dificuldade (s): _____ _____
29	Você teve dificuldade em ter acesso ao CTA: 1. Sim 2. Não 29.1 Se sim, especificar as dificuldades: _____ _____
30	O quão satisfeito você ficou com o atendimento recebido no CTA: 1. Satisfeito 2. Pouco satisfeito 3. Nada satisfeito

C. VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

31	<p>É a primeira vez que busca o teste rápido para HIV:</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p>Se não:</p> <p>Quantas vezes realizou o TR: _____</p> <p>Há quanto tempo realizou o último TR: _____ (meses)</p> <p>Quais serviços você procurou:</p> <p>_____</p>
32	<p>Qual o motivo para realização do teste atual:</p> <p>1. Exposição sexual 2. Compartilhamento de objetos 3. Curiosidade</p> <p>4. Exame periódico</p> <p>5. Presença de infecção/comorbidade 6. Gestação 7. Outro:</p> <p>_____</p>
33	<p>Qual foi a sua idade na primeira relação sexual: _____</p>
34	<p>Sua primeira relação sexual foi consentida: 1. Sim 2. Não</p>
35	<p>Você já teve diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não sei</p> <p>35.1 Se sim, qual (is) (diagnóstico): _____</p>

36	<p>Alguma vez teve exposição (contato sexual desprotegido, acidente com agulhas) e fez uso de medicação para reduzir o risco da infecção pelo HIV – (ver uso de PEP):</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p>36.1 Se sim, há quanto tempo: _____</p>
37	<p>Você já fez ou faz uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao risco de adquirir o HIV (PrEP)</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p>37.1 Se sim, há quanto tempo: _____</p>
38	<p>Qual o risco de você ter adquirido o HIV:</p> <p>1. Baixo 2. Moderado 3. Alto 4. Não sei</p>
39	<p>Nas suas relações sexuais, com que frequência você utiliza o preservativo:</p> <p>1. Sempre 2. As vezes 3. Nunca</p> <p>39.1 Se as vezes e nunca, justifique:</p>
40	<p>Você tem dificuldade de negociar o uso de preservativo com o (a) parceiro (a):</p> <p>1. Sempre 2. As vezes 3. Nunca</p>
41	<p>Qual (is) prática (s) sexual (is) você costuma fazer (<i>múltipla escolha</i>):</p> <p>1. Vaginal 2. Anal insertivo 3. Anal receptivo 4. Oral</p>
42	<p>Já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV:</p> <p>1. Sim 2. Não 3. Não sei</p>
43	<p>Qual o status sorológico do (a) atual parceiro (a):</p>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa a qual se intitula “***Fatores socioestruturais e comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens: análise segundo os elementos do Modelo Ecológico Social Modificado***”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba, tendo como objetivo analisar e compreender os fatores socioestruturais e comportamentais como preditores de infecção por HIV entre jovens de 15 a 24 anos. Sua participação consistirá em responder um questionário estruturado, que terá duração média de 20 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a produção de conhecimento e melhoria dos serviços de saúde na prevenção ao HIV/Aids

Eu _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; a segurança de que não serei identificado(a), assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; a segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa; a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada, por mim a todo momento. Acuso o recebimento de uma cópia deste termo.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

João Pessoa-PB, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



CONTATOS DAS PESQUISADORAS:

Jordana de Almeida Nogueira
Endereço: Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32167109
E-mail: jalnogueira31@gmail.com

Renata Olívia Gadelha Romero
Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32167109
E-mail: renatajpm@hotmail.com

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO

Este é um convite para você participar da pesquisa a qual se intitula “***Fatores socioestruturais e comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens: análise segundo os elementos do Modelo Ecológico Social Modificado***”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba, tendo como objetivo analisar e compreender os fatores socioestruturais e comportamentais como preditores de infecção por HIV entre jovens de 15 a 24 anos. Sua participação consistirá em responder um questionário estruturado, que terá duração média de 20 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a produção de conhecimento e melhoria dos serviços de saúde na prevenção ao HIV/Aids.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; a segurança de que não serei identificado(a), assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; a segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa; a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada, por mim a todo momento. Acuso o recebimento de uma cópia deste termo.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

João Pessoa-PB, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



CONTATOS DAS PESQUISADORAS:

Jordana de Almeida Nogueira
Endereço: Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32167109
F-mail: jalnogueira31@gmail.com

Renata Olívia Gadelha Romero
Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32167109
E-mail: renatajpm@hotmail.com

ANEXO A- Parecer consubstanciado CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HIV NA POPULAÇÃO JOVEM: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e comportamentais

Pesquisador: Jordana de Almeida Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29413620.5.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.935.713

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, tipo inquérito, que será realizado em Centros de Testagem e Aconselhamento situados em municípios de três macrorregiões do Estado da Paraíba: João Pessoa, Campina Grande e Patos. Estas localidades foram selecionadas por contarem com população acima de 100 mil habitantes e por apresentarem taxa de detecção geral maior que a encontrada na Paraíba (taxa estadual em 2017 igual a 13,3).

A população será composta por jovens, com idade entre 15 a 24 anos, que comparecerem aos Centros de Testagem e Aconselhamento dos três municípios, para realização da testagem sorológica para o HIV.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar e compreender os fatores socioestruturais e comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens, segundo os níveis de risco do Modelo Social Ecológico Modificado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não oferece riscos previsíveis para os participantes e se os mesmos existirem serão mínimos se comparados aos benefícios que a divulgação dos resultados trará para a comunidade. Os riscos mínimos relacionados à pesquisa dizem respeito à possibilidade de exposição de informações pessoais. Em função desses riscos, será garantido o sigilo das

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

Continuação do Parecer: 3.695.713

informações, bem como a preservação da integridade dos participantes, porém se houver algum constrangimento por parte deles, ou os mesmos se recusarem a responder as questões, a pesquisadora garantirá a liberdade de não responderem às questões ou não participar da pesquisa se assim desejarem. Benefícios: Os resultados deste estudo poderão instrumentalizar processos decisórios e direcionar planos estratégicos para o enfrentamento da infecção pelo HIV em jovens, que contemplem aperfeiçoamento das ações de prevenção, coordenadas e ajustadas aos contextos socioestruturais e comportamentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De comum acordo com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação de praxe.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1479713.pdf	17/02/2020 11:59:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/02/2020 11:58:12	Jordana de Almeida Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	17/02/2020	Jordana de Almeida	Aceito

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.935.713

Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	11:53:36	Nogueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_CEP_HIV_JOVENS.pdf	17/02/2020 11:17:07	Jordana de Almeida Nogueira	Aceito
Outros	ANUENCIA_JOAO_PESSOA.pdf	17/02/2020 10:36:07	Jordana de Almeida Nogueira	Aceito
Outros	ANUENCIA_CAMPINA_GRANDE.jpeg	10/12/2019 16:34:45	Jordana de Almeida Nogueira	Aceito
Outros	ANUENCIA_PATOS.jpg	10/12/2019 16:32:31	Jordana de Almeida Nogueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 26 de Março de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedetica@ccs.ufpb.br