



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

RENATA OLÍVIA GADELHA ROMERO

**FATORES SOCIOESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO
RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS:** análise subsidiada pelos elementos do
Modelo Social Ecológico Modificado

JOÃO PESSOA – PB

2022

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

RENATA OLÍVIA GADELHA ROMERO

**FATORES SOCIOESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO
RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS:** análise subsidiada pelos elementos do
Modelo Social Ecológico Modificado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para a obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

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

JOÃO PESSOA – PB

2022

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

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R763f Romero, Renata Olívia Gadelha.

Fatores socioestruturais e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV em jovens : análise subsidiada pelos elementos do Modelo Social Ecológico Modificado / Renata Olívia Gadelha Romero. -João Pessoa, 2022.

139 f. : il.

Orientação: Jordana de Almeida Nogueira.Tese
(Doutorado) - UFPB/CCS.

UFPB/BC

CDU 616.98:578.828(043)

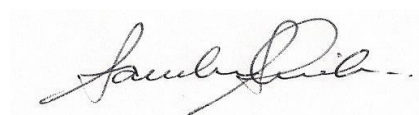
RENATA OLÍVIA GADELHA ROMERO

**FATORES SOCIOESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO
RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS: análise subsidiada pelos elementos do
Modelo Social Ecológico Modificado**

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

APROVADO EM 29/17/2022.

Banca examinadora



Prof.a Dra. Sandra Aparecida de Almeida - Presidente
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



Prof.ª Drª. 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. Dr. João Agnaldo do Nascimento - Examinador Externo
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

Prof.ª Drª. Ana Cristina de Oliveira e Silva- Examinador Interno
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

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

A minha mãe (in memoriam) e a Ana Karla (irmã)

Por ser luz na minha vida, por guiar os meus passos, por ter me ensinado tudo o que sou, por ser parte de mim, pelo amor, pelo carinho, pela fortaleza e pela perseverança. Obrigada por tudo e por tanto. Para sempre eu amarei vocês. De todo o meu coração.

Dedico.

Agradecimentos

A Deus, pelo dom da vida, pela coragem, força e perseverança para que eu pudesse enfrentar as muralhas, por ter me ofertado saúde para comemorar os momentos de conquista e felicidade e para suportar os momentos difíceis;

A minha mãe, Enilda Maria César Gadelha (*in memoriam*), por sempre iluminar meus caminhos, mesmo estando ao lado de Deus, sinto seu amor, sua presença guiando-me, velando-me e torcendo para que eu atinja os meus almejos; sinto seus braços, carinhos e colo nas ocasiões das lágrimas e também sinto seu contentamento com os meus sucessos;

A minha irmã, Ana Karla Gadelha Romero, por ser uma dádiva de Deus em minha vida, por me ensinar que não importa o tamanho do problema que com amor e paciência as dificuldades são ultrapassadas e por ratificar que não há diferenças quando se ama. Não nasceu de mim, mas, com certeza, nasceu para mim;

Ao meu sobrinho, Arthur Gadelha Pereira, pelo seu jeito doce, carismático, alegre e carinhoso de ser e de amar. Meu coração não se contenta com tantas bênçãos em ter sido escolhida para ser sua tia e madrinha;

A minha orientadora, professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira, pela credibilidade, pela confiança, pela concretização deste trabalho, pelo acréscimo de seu conhecimento na minha formação acadêmica e profissional, por ter despertado em mim o interesse pela epidemiologia em saúde e pela leveza, doçura e competência na condução deste trabalho. Obrigada por ter acreditado em mim e ter aceitado o desafio de ser, eternamente, a minha Professora;

Ao Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento por todo carinho, acolhida, torcida e ensinamentos na minha trajetória como discente de Pós-Graduação. É memorável a sua habilidade de ensinar com suavidade aos discentes da área da saúde a “rigidez” da estatística;

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga pelos ensinamentos e contribuições valiosas na construção desta pesquisa. É inspirador ver a sua maestria na condução de estudos quantitativos;

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva que me acompanha desde a graduação com seu jeito alegre e descontraído de ser e que introduziu ao universo das pesquisas de campo (II Inquérito Nacional de Drogaresistência aos Tuberculostáticos). Gratidão pelos ensinamentos;

Prof.^a Dr.^a Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal a quem tanto admiro e tenho um imenso carinho por fazer parte da construção desta história na graduação, no mestrado e agora no

doutorado. A excelência com que você transmite o conhecimento sempre foi uma referência para mim. A você, agradeço por acompanhar e ter feito parte, também, da minha vida pessoal;

As minhas amigas Ivoneide Lucena e Édija Anália, cuja amizade se construiu no doutorado e que pudemos compartilhar as dores e as delícias na conquista do título de Doutoradas. Amizade que levamos para a vida pessoal. Vocês são incríveis;

A Juliana, Jamira, William e Luciana, discentes da Pós-Graduação do PPGENF-UFPB, que compartilharam comigo as dificuldades na execução da coleta e tabulação de dados. Por outro lado, a alegria e o conforto de tê-los neste caminhar e ter podido compartilhar experiências, com certeza fez toda a diferença;

Ao grupo de pesquisa do NEHAS/UFPB, todo o meu carinho e admiração por me permitir fazer parte de um Núcleo tão coeso, com pesquisadores brilhantes e que possuem extrema competência e expertise nas temáticas de HIV/aids, Saúde e Sexualidade, que estimula a troca de experiências, favorece o conhecimento e nos impulsiona a sermos pessoas e profissionais de excelência;

Aos profissionais do CTA-JP que com tanto carinho, receptividade e generosidade nos auxiliaram na realização da coleta de dados. Sem a contribuição de cada um vocês, este momento não seria possível;

Aos usuários dos CTA-JP que aceitaram, gentilmente, participar desta pesquisa;

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQPB) pelo apoio e incentivo na realização desta pesquisa, e

A todos aqueles que acreditaram, torceram e oraram por mim na concretização deste sonho.

A vocês, por tudo e por tanto.

Muito Obrigada!

O RIO E O OCEANO

Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. Somente ao entrar no oceano o medo irá desaparecer, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano.

(OSHO).

RESUMO

ROMERO, Renata Olívia Gadelha. **FATORES SOCIOESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS**: análise subsidiada pelos elementos do Modelo Social Ecológico Modificado. 2022. 140f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introdução: Embora a tendência geral de infecção pelo HIV venha diminuindo, reconhece-se que as populações não são uniformemente vulneráveis ou igualmente afetadas, assumindo, a depender da localidade e/ou grupo etário, diferentes cenários. O aumento de novas infecções, sobretudo entre os jovens, requer abordagens ampliadas e coordenadas aos contextos socioestruturais e comportamentais. **Objetivo:** Analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais e socioestruturais associados ao risco de infecção pelo HIV em jovens. **Método:** Amparado pelo referencial teórico-metodológico do Modelo Social Ecológico Modificado, este estudo foi conduzido em duas etapas: Estudo metodológico e Estudo transversal. O estudo metodológico, delineou a construção e validação do instrumento, a partir de três procedimentos: 1) Teórico- definição dos itens e elaboração do instrumento, 2) Empírico- seleção de especialistas para o processo de validação do instrumento, a partir de duas rodadas da técnica Delphi e 3) Analíticos- validação de conteúdo realizado, em que se considerou válido o item com, no mínimo, 80% de concordância entre os especialistas. O instrumento foi submetido ao pré-teste, como requisito da análise semântica. A etapa que compreendeu o estudo transversal envolveu uma amostra de 200 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 por meio de entrevistas com apoio do instrumento validado, que contemplou 45 questões de elegibilidade e de múltipla escolha, organizadas em três domínios: Domínio I- Sociodemográfico; Domínio II- Socioestrutural; Domínio III- Comportamental. Empregou-se a análise bivariada, teste de associação do *qui-quadrado* (χ^2) e o teste exato de Fisher para verificar associação entre as variáveis independentes e a variável dependente (desfecho sorológico), a análise do peso da evidência (*Weight of Evidence*) e o modelo do Score System. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de nº 3.935.713. **Resultados:** A prevalência do HIV na população estudada foi de 2%. Os casos foram diagnosticados em jovens do sexo masculino, com a identidade de gênero masculina, orientação sexual homossexual, de cor parda e média escolaridade. As variáveis que apresentaram significância estatística foram: Domínio I – sexo ($p=0,036$) e orientação sexual ($p=0,012$); Domínio II – com quem reside ($p=0,024$), relacionamento sexual em troca de benefícios ($p=0,019$), discriminação por orientação sexual ($p=0,007$); Domínio III – risco de ter adquirido o HIV ($p=0,048$), relacionamento com alguém soropositivo para o HIV ($p=0,019$). O modelo estatístico Score System evidenciou que o risco autopercebido pelos jovens para a infecção pelo HIV encontrava-se em patamar inferior aos riscos identificados pelo modelo. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a importância do (re) conhecimento da heterogeneidade e da sinergia provocadas pelo caráter multifacetado da epidemia do HIV na população jovem. A compreensão combinada dos elementos socioestruturais e comportamentais pode subsidiar estratégias, de forma mais eficientes, na identificação de jovens de alto risco para a infecção além de enfatizar o acesso prioritário aos métodos de prevenção ao HIV.

Palavras-chave: HIV; Jovens; Análises multinível; Comportamento; Estudo de Validação.

SUMMARY

ROMERO, Renata Olívia Gadelha. **SOCIO-STRUCTURAL AND BEHAVIORAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE RISK OF HIV INFECTION IN YOUNG PEOPLE**: analysis supported by the elements of the Modified Ecological Social Model. 2022. 140f. Thesis (PhD in Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introduction: Although the general trend of HIV infection has been decreasing, it is recognized that populations are not uniformly vulnerable or equally affected, assuming, depending on the location and/or age group, different scenarios. The increase in new infections, especially among young people, requires expanded and coordinated approaches to socio-structural and behavioral contexts. **Objective:** To analyze the behavioral and socio-structural factors associated with the risk of HIV infection in young people. **Method:** Supported by the theoretical-methodological framework of the Modified Social Ecological Model, this study was conducted in two stages: Methodological study and Cross-sectional study. The methodological study outlined the construction and validation of the instrument, based on three procedures: 1) Theoretical - definition of the items and elaboration of the instrument, 2) Empirical - selection of experts for the instrument validation process, from two rounds of the Delphi technique and 3) Analytical- content validation performed, in which the item with at least 80% agreement between the experts was considered valid. The instrument was submitted to the pre-test, as a semantic analysis requirement. The stage comprising the cross-sectional study involved a sample of 200 young people, aged between 15 and 24 years, recruited when they attended the service to perform the rapid HIV test. Data were collected through interviews with the support of the validated instrument, which included 45 eligibility and multiple-choice questions, organized into three domains: Domain I - Sociodemographic; Domain II- Sociostructural; Domain III- Behavioral. Bivariate analysis and Fisher's exact test were used to verify the association between the independent variables and the dependent variable (serological outcome), the weight of evidence analysis (Weight of Evidence) and the Score System model. The research was approved by the Research Ethics Committee, under opinion No. 3,935,713. **Results:** The prevalence of HIV in the population studied was 2%. The cases were diagnosed in young males, with male gender identity, homosexual sexual orientation, of mixed color and average schooling. The variables that showed statistical significance were: Domain I – sex ($p=0.036$) and sexual orientation ($p=0.012$); Domain II – who do you live with ($p=0.024$), sexual relationship in exchange for benefits ($p=0.019$), discrimination based on sexual orientation ($p=0.007$); Domain III – risk of having acquired HIV ($p=0.048$), relationship with someone who is HIV positive ($p=0.019$). The Score System statistical model showed that the self-perceived risk of HIV infection by young people was at a lower level than the risks identified by the model. **Conclusion:** The results show the importance of (re)knowledge of the heterogeneity and synergy caused by the multifaceted character of the HIV epidemic in the young population. The combined understanding of socio-structural and behavioral elements can support strategies more efficiently in identifying young people at high risk for infection, in addition to emphasizing priority access to HIV prevention methods.

Keywords: HIV; Young people; Multilevel analysis; Behavior; Validation Study.

RESUMEN

ROMERO, Renata Olívia Gadelha. **FACTORES SOCIOESTRUCTURALES Y CONDUCTUALES ASOCIADOS AL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH EN JÓVENES:** análisis sustentado en los elementos del Modelo Social Ecológico Modificado. 2022. 140f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introducción: Si bien la tendencia general de la infección por el VIH es decreciente, se reconoce que las poblaciones no son uniformemente vulnerables ni igualmente afectadas, asumiendo, según la ubicación y/o grupo etario, diferentes escenarios. El aumento de nuevas infecciones, especialmente entre los jóvenes, requiere enfoques ampliados y coordinados de los contextos socioestructurales y conductuales. **Objetivo:** Analizar los factores conductuales y socioestructurales asociados al riesgo de infección por VIH en jóvenes. **Método:** Apoyado en el marco teórico-metodológico del Modelo Social Ecológico Modificado, este estudio se realizó en dos etapas: Estudio metodológico y Estudio transversal. El estudio metodológico planteó la construcción y validación del instrumento, a partir de tres procedimientos: 1) Teórico - definición de ítems y elaboración del instrumento, 2) Empírico - selección de expertos para el proceso de validación del instrumento, a partir de dos rondas de la técnica Delphi y 3) Validación analítica de contenido realizada, en la que se consideró válido el ítem con al menos un 80% de acuerdo entre los expertos. El instrumento fue sometido al pretest, como requisito de análisis semántico. La etapa que comprende el estudio transversal contó con una muestra de 200 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 a través de entrevistas con el apoyo del instrumento validado, que incluía 45 preguntas de elegibilidad y de opción múltiple, organizadas en tres dominios: Dominio I - Sociodemográfico; Dominio II- Socioestructural; Dominio III- Comportamental. Para verificar la asociación entre las variables independientes y la variable dependiente (resultado serológico), se utilizó el análisis bivariado, la prueba de asociación chi-cuadrado (χ^2) y la prueba exacta de Fisher, el análisis de peso de la evidencia (Weight of Evidence) y el modelo Score System. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, bajo el dictamen nº 3.935.713. **Resultados:** La prevalencia de VIH en la población estudiada fue del 2%. Los casos fueron diagnosticados en varones jóvenes, con identidad de género masculina, orientación sexual homosexual, de color mestizo y escolaridad media. Las variables que presentaron significación estadística fueron: Dominio I – sexo ($p=0,036$) y orientación sexual ($p=0,012$); Dominio II – con quién vive ($p=0,024$), relación sexual a cambio de beneficios ($p=0,019$), discriminación por orientación sexual ($p=0,007$); Dominio III – riesgo de haber adquirido el VIH ($p=0,048$), relación con alguien que es VIH positivo ($p=0,019$). El modelo estadístico Score System mostró que el riesgo de infección por VIH autopercibido por parte de los jóvenes estaba en un nivel más bajo que los riesgos identificados por el modelo. **Conclusión:** Los resultados muestran la importancia del (re)conocimiento de la heterogeneidad y sinergia provocada por el carácter multifacético de la epidemia del VIH en la población joven. La comprensión combinada de elementos socioestructurales y conductuales puede subsidiar estrategias de forma más eficiente para la identificación de jóvenes con alto riesgo de infección, además de enfatizar el acceso prioritario a los métodos de prevención del VIH.

Palabras clave: VIH; Gente joven; análisis multinivel; Comportamiento; Estudio de Validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Populações – chaves para o HIV.....	34
Figura 2	Mandala da Prevenção Combinada.....	38
Figura 3	Intervenções biomédicas na prevenção combinada do HIV.....	40
Figura 4	Principais estratégias para ações de intervenção estrutural.....	41
Figura 5	Modelo Social Ecológico Modificado para risco do HIV.....	44
Figura 6	Fluxograma das etapas metodológicas seguidas na execução deste estudo.....	48
Figura 7	Taxa de detecção (100 mil habitantes) de casos de HIV em Jovens de 15 a 24 anos, por ano de diagnóstico no município de João Pessoa- PB.....	55
Figura 8	Distritos Sanitários de Saúde do município de João Pessoa-PB, 2021.....	56
Figura 9	Mudanças no modelo de atenção.....	57
Figura 10	Diagrama do Modelo Social Ecológico Modificado para o risco da infecção pelo HIV em jovens.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Valores de referência para o <i>Information Value</i> (IV).....	62
Quadro 2	Índice de Fidedignidade aplicado aos Domínios (IFD) e Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento (IVI).....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Classificação do valor informativo para as variáveis sociodemográfico, segundo o modelo WoE.....	79
Gráfico 2	Classificação do valor informativo para as variáveis socioestruturais, segundo o modelo WoE.....	79
Gráfico 3	Classificação do valor informativo para as variáveis comportamentais, segundo o modelo WoE.....	80
Gráfico 4	Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Sociodemográfico (ESE) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	81
Gráfico 5	Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Socioestrutural (ESES) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	81
Gráfico 6	Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Comportamental Socioestrutural (ECO) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Primeira rodada da técnica Delphi para validação dos itens de avaliação que compõem o Instrumento, a partir da aplicação do teste IVC (n=14)	65
Tabela 2	Segunda rodada da técnica <i>Delphi</i> para validação dos itens de avaliação que compõem o Instrumento, a partir da aplicação do teste IVC- João Pessoa, PB. (n=10)	68
Tabela 3	Associação entre variáveis sociodemográficas e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	72
Tabela 4	Associação entre variáveis socioestruturais e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	73
Tabela 5	Associação entre variáveis socioestruturais, com ênfase no acesso aos insumos e serviços em saúde, e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	75
Tabela 6	Associação entre variáveis comportamentais e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Análise de Correspondência Simples
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV – Antirretroviral
CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde
CDC – *Centers for Diseases Control and Prevention*
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DS – Distrito Sanitário
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HPV – Papiloma Vírus Humano
HSH - Homens que fazem sexo com homens
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Índice de Concordância
IFD - Índice de Fidedignidade aplicado aos Domínios
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
IVI - Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento
MS – Ministério da Saúde
MSEM – Modelo Social Ecológico Modificado
OMS – Organização Mundial da Saúde
PC – Prevenção Combinada
PEP – Profilaxia Pós Exposição
PrEP – Profilaxia Pré Exposição
PVHIV – População vivendo com HIV
SAE – Serviço de Atenção Especializada
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTP – Tratamento para Todas as Pessoas
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
USF – Unidades de Saúde da Família
WoE – *Weight of Evidence*

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	22
1.2	OBJETIVO GERAL.....	27
1.2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	28
2.1	HIV: quatro décadas da epidemia multifacetada.....	29
2.2	POPULAÇÃO JOVEM: uma epidemia anunciada?.....	31
2.3	RISCOS E VULNERABILIDADES: a dialética dos conceitos.....	34
2.4	PREVENÇÃO COMBINADA: a estratégia padrão ouro de enfrentamento ao HIV.....	37
2.5	MODELO SOCIAL ECOLÓGICO MODIFICADO: conceitos e aplicabilidade na epidemia do HIV.....	42
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	48
3.1.1	ESTUDO METODOLÓGICO.....	49
3.1.1.1	Procedimento teórico: desenvolvimento do instrumento de pesquisa.....	49
3.1.1.2	Procedimento empírico: validade do conteúdo especialistas.....	50
3.1.1.3	Procedimento analítico: consistência interna do instrumento.....	52
3.1.1.4	Análise semântica do instrumento: pré-teste.....	53
3.1.2	ESTUDO TRANSVERSAL.....	55
3.1.2.1	População e amostra.....	58
3.1.2.2	Instrumento para coleta de dados.....	59
3.1.2.3	Procedimentos para coleta de dados.....	60
3.1.2.4	Processamento e análise dos dados.....	61
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
4	RESULTADOS.....	64
4.1	ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	65
4.1.1	Índice de Fidedignidade Aplicado aos Domínios (IFD) e Índice de Validade de Conteúdo Aplicado ao Instrumento (IVI).....	70
4.1.2	Análise Semântica: Pré-Teste.....	71
4.2	ESTUDO TRANSVERSAL.....	71
4.2.1	Variáveis Sociodemográficas segundo Desfecho Sorológico.....	71
4.2.2	Variáveis Socioestruturais segundo Desfecho Sorológico.....	73
4.2.3	Variáveis Comportamentais Segundo Desfecho Sorológico.....	76
4.2.4	Modelo de Classificação Binária Weight of Evidence (WoE).....	78
4.2.5	Risco Geral Estimado e Risco Autodeclarado.....	79
5.	DISCUSSÃO.....	84
6.	CONCLUSÃO.....	99
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICE I- Primeira versão do instrumento.....	120
	APÊNDICE II- Segunda versão do instrumento.....	124
	APÊNDICE III- Versão final do instrumento.....	133
	APÊNDICE IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
	APÊNDICE V- Termo de Assentimento.....	139
	Anexo I- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	140

APRESENTAÇÃO

2005... ano em que tudo começou! Ano em que dei continuidade aos estudos universitários no ensino público, uma vez que iniciara o Curso de Enfermagem em duas faculdades particulares e, após passar no vestibular, aproveitei algumas disciplinas que já havia cursado. Lembro-me como hoje, o quanto foi surpreendente e, ao mesmo tempo, assustador o ambiente universitário que, por sinal, tinha pouca semelhança com o ensino escolar e com o ensino universitário em instituições privadas. Como foi desbravadora esta experiência: muitos conhecimentos para serem aprendidos por semestre; alunos precisavam ir atrás das salas de aulas e dos professores, que às vezes, nem ficavam no mesmo prédio; muitas madrugadas desesperadamente acordada, precisando recapitular os últimos apontamentos para a prova do dia seguinte; a expectativa maravilhosa de entrar no ambiente hospitalar e querer realizar procedimentos junto aos pacientes; a experiência ímpar de cursar disciplinas com alunos de outros cursos; o desconforto de entrar ‘desbloqueada’ no 3º período onde todos os alunos já tinham seus grupos de trabalho, enfim, foi uma verdadeira montanha russa de sentimentos e sensações.

Acredito que tenha conseguido aproveitar as oportunidades que a vida universitária poderia me proporcionar: fui aprovada em duas seleções para monitoria (saúde mental e enfermagem clínica), participei de um projeto de extensão (Cuidar) com idosos com risco de queda; fui aluna de iniciação científica por três meses, o qual tive que interromper, em virtude da aprovação em intercâmbio por 6 meses na Universidade Católica de Lisboa, em Portugal. Sem dúvida, a MELHOR experiência da minha vida, tanto para meu desenvolvimento acadêmico, mas principalmente para o lado pessoal. Foi uma experiência singular, maravilhosa, repleta de significados e descobrimentos que a diversidade de um intercâmbio pode proporcionar!

Quando finalizo o intercâmbio e retorno à Universidade Federal da Paraíba, me encontro mais uma vez ‘desbloqueada’, entrando em outras turmas e começando os novos arranjos acadêmicos. Lembro-me que a coordenação do curso de Enfermagem não permitiu que eu cursasse a disciplina de Doenças Infectocontagiosas, em Lisboa, alegando que o cenário epidemiológico era diferente do Brasil. A vida nos prega tantas ‘cascas de banana’ que a gente nem se dá conta, na maioria das vezes. Recordo-me quando foi dito que precisaríamos fazer estágio no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga (CHCF), em João Pessoa-PB, e eu, por pura ignorância e medo, disse que “quando passasse pela calçada daquele serviço, eu iria prender a respiração”. Pois é! A vida dá voltas e nos surpreende. Gostei experiência no Clementino; gostei tanto que participei da coleta de dados do II Inquérito Nacional de Droga Resistência aos Tuberculostáticos, no

ambulatório do CHCF. Na verdade, eu me encontrei nesta experiência, já fazia a consulta de Enfermagem e encaminhava os pacientes para outros setores do próprio hospital. Meu primeiro contato com um eixo da epidemiologia. A paixão foi tamanha que meu trabalho de conclusão de curso foi produto do Inquérito.

Meu primeiro emprego foi como supervisora de estágio dos alunos do Curso de Enfermagem de uma faculdade privada no ambulatório do CHCF. O encantamento durou tão pouco que nem pude me deleitar com esta experiência. Fui comunicada pela coordenação do curso que eu ficaria como supervisora por apenas 1 mês porque eu só tinha a graduação e o MEC exigia pelo menos especialização para exercer a função de supervisora e, na época eu ainda não havia concluído a especialização de Enfermagem em UTI. Foi desolador. Mas também não tive muito tempo para ‘curtir’ a desolação. Dois dias antes de terminar o estágio com os alunos, fui selecionada para atuar como enfermeira, no setor de epidemiologia de um hospital público em João Pessoa-PB. Amei este novo trabalho, tanto por me aproximar cada vez mais da epidemiologia quanto à harmonia que tinha com os gestores do hospital. Acredito que esta tenha sido a primeira melhor experiência de trabalho: assumi cargo de gerência da Vigilância, o salário aumentou, me relacionava muito bem com os outros gerentes e diretores, fiz amizades que as trago até hoje em minha vida. Um ano após este estado de êxtase, com mudanças de gestão, fui comunicada que seria exonerada das minhas funções. Foi um ‘choque’ tal notícia, mas costumo dizer que quem faz um bom trabalho e tem bons amigos, nunca fica só. Uma amiga, cuja amizade iniciou no hospital, conseguiu com que eu me apresentasse na secretaria municipal de saúde de João Pessoa-PB para trabalhar na vigilância epidemiológica da tuberculose e hanseníase.

Os primeiros meses foram bem difíceis, pois não tinha àquele salário, nem àquelas amizades e o processo de trabalho era totalmente diferente. Porém, pouco tempo depois da ‘fase de luto’ passar, eu comecei a me emponderar do meu processo de trabalho, iniciei outras especializações, em Epidemiologia e Análise em Situação de Saúde, pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, da Universidade Federal de Goiás e Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, no estado do Rio de Janeiro, e pronto: o processo de trabalho e o salário de antes já não me faziam falta, pois eu tinha encontrado o que eu queria - realização no meu processo de trabalho e conhecimento. Se eu ainda estivesse no hospital, dificilmente, eu teria sido selecionada no processo seletivo destas especializações.

Quando estava finalizando a especialização em epidemiologia, comecei a participar do grupo de pesquisa em tuberculose, coordenado pela professora Jordana. Era tudo o que eu queria: afinidade com a temática e pesquisa quantitativa. Foi aí que este ‘casamento’ deu

certo. Em 2012, eu entrei para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na UFPB, para cursar o mestrado. Tudo estava sendo desenhado para mim. Um ano depois, fui chamada no concurso público no Rio Grande do Norte, optando por trabalhar em um hospital de referência em doenças transmissíveis e infecciosas. Também, neste período, fui convidada para ser monitora externa do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde. Ah!!!! Estava mais do que realizada.

Bem! Em 2014, ano que terminei o mestrado, tinha iniciado outra especialização e me encontrava com dois empregos em estados diferentes, cujo ambiente hospitalar, definitivamente, não era o meu perfil. Pronto! Foi aí que decidi ‘respirar’ um pouco, não entrar no doutorado logo após o término do mestrado e então muitas coisas se modificaram, inclusive eu, que me mudei para Natal-RN e pedi demissão do emprego em João Pessoa-PB, que tanto amava.

Em 2017, retorno ao grupo de estudos da professora Jordana, só que desta vez trabalhando com a temática do HIV, no **Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade** (NEHAS). O Núcleo trabalha de forma articulada com pesquisadores de instituições de ensino superior (públicas e privadas), estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica, que tem como propósito acumular conhecimento localizado e somado a outros produzidos em distintas regiões do Brasil, contribuir na produção científica relacionada às questões que envolvam saúde, sexualidade, HIV/Aids.

Neste mesmo ano, fui aprovada no doutorado. Os três primeiros semestres do curso foram difíceis porque as aulas eram semanais e eu tinha que viajar toda a semana durante um ano e meio para cursar as disciplinas. Logo após este período, obtive aprovação em outro concurso também na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte. No final de 2019, passo a integrar a equipe técnica do Programa Estadual de IST/aids e hepatites virais do estado do Rio Grande do Norte.

Determinada em desempenhar minhas atividades do doutorado, estabelecer parcerias as quais pudesse associar os conhecimentos acadêmicos com as necessidades dos serviços de saúde, assim como fiz no mestrado, e estar mais participativa nas atividades do grupo de pesquisa, se tornaram as minhas metas. Metas estas que vem sendo cumpridas com responsabilidade e satisfação. Com este propósito consegui alinhar a minha pesquisa de doutorado dentro da linha de pesquisa que mais se adequou aos meus anseios e as necessidades do projeto.

Assim sendo, o projeto de pesquisa intitulado **HIV NA POPULAÇÃO JOVEM: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e**

comportamentais, foi elaborado por pesquisadores do NEHAS, a partir da sinalização da Coordenação do Programa Estadual de IST/aids e HV da Paraíba com o intuito de compreender melhor a possível tendência do HIV neste ciclo de vida, já que indicadores epidemiológicos mostraram uma estatística preocupante.

O Projeto original integra três temáticas pertinentes, que podem influenciar os desfechos sorológicos para o HIV, a saber: os fatores comportamentais e socioestruturais, o uso de substâncias e a rede de suporte social. Esta pesquisa de doutorado é um dos desdobramentos do Projeto que vem sendo realizado simultaneamente nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, na Paraíba.

Diante do exposto, este estudo pretende, a partir de uma pesquisa metodológica e observacional, tipo inquérito, de corte transversal, analisar os fatores socioestruturais e comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens, tendo como suporte teórico-metodológico o Modelo Social Ecológico Modificado, no município de João Pessoa-PB. Logo, espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para estudos subsequentes assim como fazer a integração das reais necessidades dos serviços de saúde com os resultados, descortinando os paradigmas entre a ciência e a realidade prática. Para isso, este estudo está contextualizado em quatro capítulos:

O **primeiro capítulo** trouxe o panorama do HIV e da aids no mundo e no Brasil, tendências atuais, populações vulneráveis e reconhecimento que o agravo requer para seu enfrentamento a indução de abordagens inovadoras que leve em conta os múltiplos pontos de intersecção entre as causas subjacentes da infecção por HIV. Ainda introduziu o Modelo Social Ecológico Modificado, como estrutura útil para caracterizar e visualizar os vários contextos de riscos para o HIV.

No **segundo capítulo**, foram abordados aspectos relacionados à tendência epidêmica do HIV situando o jovem como população prioritária, os conceitos de risco e vulnerabilidade, e eixos da Estratégia de Prevenção Combinada. A inter-relação desses conteúdos foram importantes para introduzir os subsídios teóricos do Modelo Social Ecológico Modificado proposto por Baral e colaboradores (2013).

No **terceiro capítulo**, as abordagens metodológicas utilizadas no estudo são delineadas. Referente ao estudo metodológico, conduzido para validar um instrumento que pudesse identificar componentes socioestruturais e comportamentais que influenciam o risco à infecção pelo HIV entre a população jovem, foram descritas as etapas para construção do instrumento (fase teórica), procedimentos empíricos (validação de conteúdo), procedimentos analíticos e análise semântica (pré-teste) do instrumento. Ainda, sequencialmente discorreu-se

sobre o percurso percorrido para o desenvolvimento do estudo de corte transversal: cenário, população e amostra, trabalho de campo e condução de análise.

O **quarto capítulo** volta-se para a apresentação dos resultados. Por se tratar de um estudo que contemplou duas abordagens, este capítulo dividiu-se em duas partes: uma que contempla os resultados da validação de conteúdo e análise semântica do instrumento, e outra quantitativa que versa sobre estudo transversal.

O **quinto capítulo** foi dedicado a discussão dos resultados que embasou os achados da pesquisa com outros resultados de estudos com impacto nacional e internacional sobre a temática, trazendo elementos que subsidiassem a discussão crítica dos temas abordados nesta pesquisa.

Por fim, as **Conclusões**, promove o fechamento da tese, fazendo alusão aos objetivos e, resumidamente, aos principais resultados oriundos da pesquisa.

Para obter conhecimento, acrescente coisas todo dia.

Para obter sabedoria, subtrai.

Tao-Tsé.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) apesar de serem evitáveis e curáveis, em sua grande maioria, ainda resultam em carga negativa para aqueles que por elas são acometidos, como também, para os gestores que formulam as políticas públicas, para os profissionais de saúde que são responsáveis pela gestão clínica dos casos e para a comunidade que sofre e reflete as consequências dos desequilíbrios entre as políticas públicas e as reais necessidades em saúde da população. As ISTs estão relacionadas às infecções mais comuns que acontecem no mundo, algumas delas são centenárias e apresentam-se, na sociedade, em decorrência das fragilidades e desigualdades de natureza sanitária, social, política e econômica (WHO, 2019).

As evoluções epidemiológicas das ISTs demonstram um cenário de prevalência colossal com que alguns segmentos da sociedade são desigualmente afetados quando comparados com a prevalência na população geral. As relações de causalidade destas assimetrias resultam da confluência de múltiplos fatores, os quais se destacam os fatores socioestruturais. As condições de vulnerabilidade como a violência, a pobreza, o machismo, o sexismo, o racismo, o estigma, a discriminação e a criminalização são barreiras difíceis de serem transponíveis no que diz respeito ao acesso à cidadania, aos direitos e às ações de cuidado integral à saúde (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; BATTISTELLA NEMES, 2015).

Conceituada como uma IST recente, descoberta há um pouco mais de 40 anos, a infecção provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) é considerada uma epidemia e vem desafiando todos os segmentos da sociedade em busca de soluções para o controle desta infecção (BRASIL, 2017). Ao infectar e matar muitas pessoas em todo o mundo, o HIV e a aids (Síndrome Imunodeficiência Adquirida) carregam consigo dores, perdas, aprendizados, lutas e desafios, especialmente para a comunidade e para os setores da saúde, educação, seguridade social e trabalho (CRUZ, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, existiam 37,7 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, 28,2 milhões (67%) em uso da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (TARV), 1,5 milhões de novas infecções pelo vírus, cujos 30% de todas as novas infecções ocorrem na população jovem de 15 a 25 anos de idade. Neste mesmo ano, 680 mil pessoas morreram em decorrência do HIV (WHO, 2021).

Em uma perspectiva mundial, estudos têm demonstrado que, independentemente do contexto socioeconômico, há uma tendência de aumento nas taxas de infecção pelo HIV na população jovem (TAQUETTE, 2013; ZHANG, *et al.*, 2016; CASALE; CARLQVIST;

CLUVER, 2019; BRASIL, 2020). A efetividade das estratégias de enfrentamento ao HIV e sua adesão pelos jovens tem sido questionada quando se trata da prevenção ao vírus (BRASIL, 2017a; UNAIDS, 2017).

Em 2020, o Brasil registrou 13.677 casos novos de infecção pelo HIV, sendo 73,5% dos casos notificados no sexo masculino e 26,5% deles no sexo feminino. Esta proporção demonstra uma razão de sexo de 2,8:1,0, ou seja, para cada 28 homens com diagnóstico da infecção, existem 10 mulheres com o mesmo diagnóstico. A faixa etária de 15 a 19 anos representou 5% dos casos enquanto a faixa etária de 20 a 24 anos contribuiu com 18,7% das notificações que, somados, contribuíram com quase um quarto de todas as notificações registradas na população jovem. A raça não branca apresentou 67% das notificações e a escolaridade ensino médio completo obteve 24,0% dos registros. O Nordeste foi a segunda região a registrar o maior número de casos, ficando atrás apenas da Região Sudeste. Quanto a categoria de exposição, a via sexual apresentou predominância, em ambos os sexos, porém, no sexo masculino as relações homossexuais contribuíram com 47,1% dos casos enquanto 88,1% dos registros foram identificados nas relações heterossexuais, no sexo feminino (BRASIL, 2021a).

Desde a descoberta dos primeiros casos de HIV no Brasil, na década de 1980, o país desenvolve ações de enfrentamento à infecção e seus esforços e resultados têm sido reconhecidos mundialmente, em especial, no que diz respeito ao tratamento do HIV em razão da distribuição gratuita e universal da TARV. Todavia, nos últimos anos, o número de casos novos mostra que as iniciativas de prevenção a infecção não têm alcançado os resultados esperados, principalmente, no que diz respeito à população jovem (UNAIDS, 2017).

No que diz respeito às ISTs, a formulação de políticas e o planejamento das ações deveriam ser desenhadas a partir da compreensão de vulnerabilidades e do respeito aos direitos humanos. Ayres (2002), ratifica ainda a necessidade de uma adequação nas ações de prevenção, superando os conceitos de grupo de risco e comportamento de risco, como conceitos únicos que podem explicar o nexo causal da contaminação pelo HIV. Estes julgamentos rotulam, generalizam, descontextualizam e despolitizam, e por isso, o aprimoramento da ótica das vulnerabilidades e as formas de enfrentá-las são situações que contribuem para um olhar ampliado dos contextos que favorecem a transmissão do vírus.

Com o passar do tempo, as tendências epidemiológicas foram direcionando ações de enfrentamento ao HIV não apenas para grupos populacionais de risco – homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas, mas sim para a sociedade como um todo e, a partir desta perspectiva ampliada, os conceitos de risco e

comportamentos de risco vêm ganhando um novo aliado. O termo vulnerabilidades vem adquirindo notoriedade no meio acadêmico e na formulação de políticas públicas, não apenas pela sua característica de evidenciar o estado às condições desfavoráveis, mas também por ressaltar que os componentes socioestruturais, como cidadania, raça/cor, contextos sociais e econômicos, estigma e preconceito além da própria organização dos serviços de saúde, também são responsáveis pelos avanços da epidemia (VILLELA; MONTEIRO, 2015; BRASIL, 2017a).

Por mais que estas categorias populacionais sejam identificadas, o pertencimento a determinado grupo não exclui o indivíduo dos demais, tornando o processo de inserção em grupos sociais dinâmicos e, por isso, as vulnerabilidades dessas populações devem ser entendidas na sua integralidade, respeitando a autonomia e singularidades dos sujeitos (BRASIL, 2017a).

Intervenções mais específicas e direcionadas as populações chaves (homens que fazem sexo com homens, mulheres trans, trabalhadores (as) do sexo, população privada de liberdade, e pessoas que usam álcool e outras drogas) e as populações prioritárias (população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua) seriam mais eficazes se houvesse mudanças significativas e atitudes mais positivas no que diz respeito às mediações frente aos fatores multiníveis de riscos que contribuem para a magnitude do HIV, como por exemplo, a adoção das recomendações da Prevenção Combinada (PC) inseridas dentro de um contexto individual, social, político, cultural e econômico (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a; ADEDIMEJI *et al.*, 2019). O protagonismo destas populações e a manutenção de casos novos precisam de ações mais urgentes e engajadas, todavia as intervenções necessárias junto à população geral não deverão ser comprometidas em razão das especificidades de um grupo populacional (BRASIL, 2018).

Sem cura e com transmissão sexual, predominantemente, o HIV não faz discernimento de natureza, raça, gênero ou classe social (COSTA *et al.*, 2018). Conviver com o vírus, atualmente, se tornou uma situação factível a correlacionar com qualquer outra condição crônica que exige cuidados específicos como à tomada diária de medicamentos, exames de rotina e comprometimento na autogestão do cuidado. Estas características reiteram o caráter crônico da infecção e estas atitudes, inerentes aos cuidados contínuos, contribuem consideravelmente para a qualidade de vida, longevidade e para a supressão da carga viral e, conseqüentemente, para a redução da transmissibilidade do vírus e da taxa de mortalidade (SILVA, 2018).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) estima que, quase um quarto das pessoas com HIV desconhecem sua infecção e aproximadamente um terço tem o diagnóstico tardio, com o quadro de imunodeficiência avançado (OPAS, 2019). A discriminação vivenciada por algumas populações, em determinadas regiões, sinaliza que é preciso ultrapassar barreiras ideológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas e, principalmente, romper com as velhas práticas das políticas e dos serviços de saúde. Com este entendimento, a OMS tem recomendado que estratégias seguras e eficazes, como a prevenção combinada, sejam o padrão ouro para as ações de enfrentamento ao HIV, principalmente, para as populações mais vulneráveis (WHO, 2016).

As ações de prevenção e controle ao HIV ainda estão, majoritariamente, direcionadas a abordagem comportamental do indivíduo e a desconsideração da influência do caráter socioestrutural envolvido na dinâmica da epidemia têm se mostrado insuficientes para assegurar resultados satisfatórios de saúde na vida das pessoas (JONAS *et al.*, 2016). Ações focadas no comportamento não são responsáveis, por si só, pelas mudanças substanciais que se almeja operar no âmbito familiar, das instituições, da comunidade, da sociedade ou das políticas públicas que possam promover as ações de prevenção e controle do HIV (SALAZAR *et al.*, 2010). A prevalência elevada do HIV e das outras ISTs aponta para uma dificuldade no acesso aos serviços, nas ações de prevenção e ao baixo suporte socioestrutural dos indivíduos e das sociedades (COSTA *et al.*, 2013).

Nesta perspectiva, o Modelo Social Ecológico Modificado (MSEM) tem sido usado com propriedade na compreensão dos fatores multiníveis e de suas interações no entendimento de riscos para as populações vulneráveis ao HIV. A clareza de como os multiníveis podem estar imbricados no processo de potencializar ou mitigar a transmissão do vírus pode ajudar na identificação de melhores oportunidades para intervenções eficazes (LEWIS *et al.*, 2020).

O Modelo Social Ecológico Modificado possibilita a visualização gráfica e esquemática dos domínios multiníveis de risco de transmissão do HIV entre populações vulneráveis, além de explicar como os fatores de cada nível interagem para impulsionar os **fatores de risco** ou de proteção à transmissão do vírus, distribuídos em cinco níveis: o componente individual, o componente de rede social e sexual, o componente da comunidade, o componente das políticas públicas e o componente do estágio epidêmico (BARAL *et al.*, 2013).

As intervenções realizadas nos níveis individual e de rede dizem respeito às ações direcionadas a contextos e a amplitude mais focais e de menos complexidade nos quais estas

ações se desenvolve, todavia não significa que sejam fáceis de se operacionalizar. Por outro lado, as intervenções que se propõem a modificar a dinâmica da comunidade e das políticas públicas são bem mais complexas de implementar e avaliar do que aquelas que se encontram nos níveis individuais e de rede. Os esforços somados de todos os níveis são responsáveis pela magnitude do estágio epidêmico do HIV (incidência, prevalência e mortalidade) na população (BARAL *et al.*, 2013).

O MSEM permite a compreensão de fenômenos que podem estar presentes em cada nível do modelo de maneira multidirecional, individual, coletiva, cultural, social e em micro ou macro contextos (BARAL *et al.*, 2013). O conhecimento coordenado e sustentado de cada nível da estrutura do modelo é essencial na elaboração de estratégias eficazes para reduzir os avanços do estágio epidêmico do HIV (OLDING *et al.*, 2017).

Portanto, uma articulação multiestrutural, intra e intersetorial se faz urgentemente necessária, uma vez que as respostas que se deseja alcançar não serão por um único caminho e nem tão pouco com a participação singular de sujeitos implicados no processo. Logo, um problema multifacetado e complexo exige uma integração de forças de diferentes atores e contextos para que os avanços significativos da epidemia possam ser contidos (BRASIL, 2018).

Diante do exposto e, ressaltando as tendências epidemiológicas atuais e para os próximos anos, o presente estudo resultou de reflexões e discussões acerca da magnitude do HIV na população jovem, reafirmando a importância do aprimoramento de abordagens mais abrangentes, que respondam ao conjunto específico de múltiplos fatores que influenciam e delineiam o padrão de **vulnerabilização**. Concebe-se ainda que intervenções comportamentais isoladas, descontextualizadas, não podem alterar estruturas sociais, as quais advêm de um ambiente cujos padrões de vulnerabilidades são (re)produzidos e perpetuados ao longo de gerações.

Portanto, defende-se a tese de que, ao enfatizar os domínios multiníveis e pautar-se nas interações existentes entre os níveis de risco de infecção pelo HIV, é possível disponibilizar evidências que possam subsidiar o desenvolvimento de estratégias e intervenções preventivas mais eficazes e sustentáveis de enfrentamento a epidemia do HIV na população jovem e, para isso, o MSEM constitui-se um arcabouço teórico importante para evidenciar a complexidade e pluralidade dos contextos relacionados a vulnerabilização à infecção.

Cabe destacar que, embora haja um modelo consolidado na literatura, houve a necessidade, para este estudo, de se construir um instrumento que pudesse materializar a

aplicabilidade dos contextos dos níveis de risco associados à infecção pelo HIV, na população jovem. Elucida-se a priori, que o processo de construção do instrumento pautou-se em quatro níveis do MSEM (individual, rede social e sexual, comunidade e políticas públicas) uma vez que o quinto nível (estágio epidêmico) caracteriza-se como produto da eficiência (ou não) dos níveis anteriores. Operacionalmente, o “nível individual” abarcou elementos sociodemográficos e comportamentais. Os demais níveis (rede social e sexual, comunidade e políticas públicas) foram agregados e constituíram o componente socioestrutural.

1.2 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar os fatores sociodemográficos, socioestruturais e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV em jovens.

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Construir e validar um instrumento para identificação de fatores sociodemográficos, socioestruturais e comportamentais associados à infecção pelo HIV em jovens;
- ✓ Caracterizar o perfil de jovens entre 15 e 24 anos que procuraram o Centro de Testagem e Aconselhamento para realização de teste rápido para o HIV.
- ✓ Investigar a associação entre as variáveis independentes (sociodemográfica/comportamentais/socioestruturais) e a variável dependente (desfecho sorológico para o HIV).
- ✓ Comparar o risco autopercebido associado à infecção pelo HIV com o risco geral estimado pelo modelo do Score System.

“Escrever é humano, editar é divino.”

Stephen King

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Visando dar embasamento teórico ao estudo, este capítulo contextualiza aspectos relacionados às tendências epidêmicas do HIV, situando o jovem como população prioritária, transitando pela dialética dos conceitos de risco e vulnerabilidade e discorrendo sobre uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) à luz dos eixos fundamentais da Estratégia de Prevenção Combinada. A inter-relação desses conteúdos foi importante para introduzir e justificar a relevância dos subsídios teóricos que sustentam o Modelo Social Ecológico Modificado.

2.1 HIV: quatro décadas da epidemia multifacetada

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, do Ministério da Saúde do Brasil, e imputa aos serviços de saúde, públicos e privados, a comunicar as autoridades sanitárias a ocorrência de eventos de impacto para a saúde pública. As análises epidemiológicas destes agravos têm momentos distintos, uma vez que a obrigatoriedade das notificações se deu em épocas distintas: a notificação compulsória da aids é realizada desde 1986, a da infecção pelo HIV em gestantes desde 2000 e a da infecção pelo HIV desde 2014 (BRASIL, 2020).

Até 1998, aproximadamente um terço das pessoas convivendo com HIV, no mundo, eram jovens de 15 a 24 anos e quase metade das novas infecções estava presente nesta faixa etária. Neste mesmo ano, a cada minuto, seis pessoas com menos de 25 anos estavam sendo infectadas pelo HIV (UNAIDS, 1999a; UNAIDS, 1999b). No Brasil, pessoas de 20 a 39 anos detinham 70% dos casos de aids, indicando que a infecção ocorreu no ciclo de vida anterior (adolescência) (PAIVA, PERES, BLESSA; 2002).

Atualmente, um pouco mais de 30% de todas as novas infecções pelo HIV, no mundo, ocorrem em jovens de 15 a 25 anos de idade (WHO, 2021). Em 2019, 460 mil novas infecções estavam concentradas na população jovem (10 a 24 anos). As regiões Leste e Sul da África são as áreas mais afetadas pelo vírus e, em especial, as meninas adolescentes são expressivamente mais acometidas, com três quartos de todas as novas infecções, entre os adolescentes (UNICEF, 2020). Em todo o mundo globalizado, a população jovem continua sendo um grupo vulnerável a infecção pelo HIV (TAQUETTE, 2013; ZHANG, *et al.*, 2016; CASALE; CARLQVIST; CLUVER, 2019; BRASIL, 2020; WHO, 2021; UNICEF, 2020).

Desde o ano de 2010, o Brasil vem registrando uma progressão na incidência de casos de HIV, todavia, em 2020 foi constatada uma redução de casos novos diagnosticados (32.701). A mitigação de casos de HIV, em 2020, pode ser explicada pelo fenômeno da

pandemia da COVID-19, que mobilizou equipes e serviços de saúde, gestão e recursos financeiros para o seu enfrentamento. Mesmo em face da redução da notificação dos casos, é possível dizer que, em 2020, o HIV acometeu mais pessoas do sexo masculino, de raça não branca, com o ensino médio completo. No que diz respeito a categoria de exposição, a via sexual se sobressaiu tanto no sexo masculino, nas relações homossexuais, quanto no sexo feminino, nas relações heterossexuais (BRASIL, 2021a). No estado da Paraíba, foram notificados 931 casos de HIV nos indivíduos de 15 a 24 anos, no período de 2007 a 2017. Neste mesmo período, a taxa de detecção da infecção pelo HIV passou de 4,9 para 12,5 casos por 100 mil habitantes, levando a um incremento de 255% no número de casos (PARAIBA, 2018).

A incidência do HIV encontra-se estável ou em declínio em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Por outro lado, a prevalência da infecção encontra-se significativamente mais elevada e com tendências a ascensão em populações chave e prioritárias. Esta situação é mais expressiva quando se observa alguns recortes, tais como grupo etário (destaque para a população jovem), questões raciais (especialmente, a população negra), disparidades demográficas, a presença de comorbidades e a desigualdade de gênero (feminização) e a marginalização de grupos vulneráveis (UNESCO, 2016; UNAIDS, 2020).

O cenário pandêmico e global da infecção pelo HIV vem provocando ao longo de mais de quatro décadas reflexões persistentes sobre as desigualdades econômicas e sociais, a não prioridade política e os investimentos inadequados em saúde pública. A infecção pelo vírus é um problema complexo que transcende o âmbito da saúde e mobiliza outros setores da sociedade a se engajar no desafio de encontrar maneiras de combater o seu avanço (UNESCO, 2016; UNAIDS, 2020).

A compreensão mais detalhada da epidemia do HIV propiciou o entendimento que o controle da infecção não está apenas atrelado à vontade individual de cada sujeito, à capacidade instalada de prover o diagnóstico e de assegurar o tratamento, mas também está intimamente relacionada com os contextos socioculturais (estruturais), nos quais as pessoas vivem e com a qualidade das relações sociais e sexuais que estão estabelecidas ao longo da vida (CASTRO; SILVA, 2013).

Historicamente, a magnitude do HIV tem sido atribuída ao nível individual, o qual a pessoa é responsável pela aquisição do vírus a partir do momento em que toma decisões inseguras quanto ao comportamento sexual e, com isso, os esforços das intervenções têm se concentrado, praticamente, nos aspectos comportamentais para eliminar ou reduzir os riscos. À luz de uma melhor compreensão da complexidade e das características multifacetadas dos

fatores associados à transmissão do HIV, é sabido que analisar apenas o contexto individual é insuficiente para correlacionar as influências da multicausalidade que estão associadas direta e indiretamente a permanência do vírus na sociedade (SALAZAR *et al.*, 2010).

2.2 POPULAÇÃO JOVEM: uma epidemia anunciada?

A juventude é uma das etapas do ciclo de vida compreendida em dois momentos marcados por crescimento e desenvolvimento: a *adolescência* como um período biopsicossocial caracterizado por mudanças corporais e comportamentais, com adaptações as estruturas psicológicas e ambientais, e a *juventude* como um processo de maturação para iniciar a fase adulta (BRASIL, 2010).

Para a OMS, a adolescência é descrita como a segunda década da vida de 10 a 19 anos e a juventude é considerada dos 15 aos 24 anos. Além desta compreensão, há ainda um desdobramento etário em adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) que é bastante utilizado no monitoramento e na avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais em saúde (WHO, 2009). Estes intervalos etários também são reconhecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contudo, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é considerada adolescente a pessoa que tem entre os 12 e os 18 anos de idade (BRASIL, 1990; WHO, 2009).

Os Descritores em Ciências da Saúde (DECs) consideram que o período entre 13 e 18 anos de idade está compreendido a fase da adolescência e o período de 19 a 24 anos está relacionado à fase adulta jovem (DESC, 2017). Logo, é possível inferir que não existe um consenso na literatura sobre a classificação etária da adolescência e da juventude. Para Cruz (2015), os fenômenos de desenvolvimento corporal, cognitivo, afetivo, social precisam ser entendidos sob a ótica do condicionamento da produção de sua existência e de como esta compreensão impacta nossas concepções e ações. No contexto de saúde, muitos profissionais dão seguimento assistencial, voltado a esta população, com uma abordagem biomédica, predominantemente, e a perspectiva integral do cuidado é deixada em segundo plano (CRUZ, 2015).

O conceito de infância, adolescência e juventude parte de uma construção social, histórica e cultural e, por isso, tem particularidades em diferentes regiões (JIMENEZ; ASSIS; NEVES, 2015). No Brasil, a família, a comunidade, a sociedade e o poder público devem

assegurar os direitos à vida, à educação e à saúde. Os programas e às políticas de saúde devem assegurar o planejamento reprodutivo e a disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis para os adolescentes (ECA, 1990; JIMENEZ; ASSIS; NEVES, 2015).

Com um ritmo cada vez mais decrescente do crescimento demográfico da população jovem, a geração atual de pessoas de 15 a 24 anos é a mais numerosa já registrada oficialmente, representando, no censo de 2010, um total de 51.429.397 pessoas, ou seja, 30,3% da população brasileira (IBGE, 2010). Na Paraíba, a população jovem é estimada em 669.478 habitantes, representando 9,3% da população. Em João Pessoa, capital do estado, esta estimativa é de 132.572 jovens de 15 a 24 anos, com representatividade populacional de aproximadamente 10% (IBGE, 2010).

De cada 10 brasileiros, quatro são jovens com idade entre 15 e 29 anos (IPEA, 2013). A cada ano, estima-se que 4 milhões de jovens iniciam suas atividades sexuais e que uma parcela significativa deles irão desenvolver comportamentos de risco face à alta susceptibilidade às ISTs (BRASIL, 2006). A maioria dos adolescentes inicia sua atividade sexual precocemente, antes dos 15 anos, com conhecimento deficitário sobre ISTs e desacompanhada de responsabilidade social (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; COSTA *et al.*, 2013).

No início da epidemia, o entendimento reducionista e discriminatório sobre quais grupos sociais eram mais acometidos, quais práticas sexuais eram consideradas de risco e em quais territórios estes contextos estavam presentes, instigou iniquidades em saúde. O equívoco nesta compreensão promoveu a disseminação da infecção em cenários até então desconhecidos, suscitando fenômenos como interiorização, pauperização, feminização e heterossexualização da infecção. A procrastinação em reconhecer que o HIV estava presente em todos os contextos pode ter contribuído para a magnitude do vírus em alguns segmentos populacionais, entre elas, a população jovem, que desde o princípio, foi afetada pelo vírus e foi, equivocadamente, agregada e classificada em outras categorias como homossexuais ou usuários de drogas (CRUZ, 2005).

A descoberta da infecção pelo HIV e, sobretudo a manifestação da aids, produziu e reproduziu concepções de sentença de morte e, por isso, quem era acometido pela infecção enfrentou preconceito e discriminação por serem vistos pela sociedade como “diferentes”. Até os dias de hoje, estas concepções distorcidas trazem prejuízos e demonstram a dificuldade de lidar com o jovem, com suas demandas, desejos e vontades (CRUZ, 2005).

O acometimento de determinados segmentos da sociedade e a distribuição espacial do HIV apresentam prevalências desproporcionais quando comparados entre os territórios e à população em geral. Esta diferenciação é resultado da associação de múltiplos fatores, cujas condições estruturais como a violência, a pobreza, o machismo, o sexismo, o racismo, o estigma, a discriminação e a criminalização apresentam maior impacto nos contextos de vulnerabilidades (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; BATTISTELLA, 2015; UNESCO, 2016).

Além da influência dos fatores externos, estes ciclos de vida são marcados por mudanças e conflitos físicos, psicológicos, emocionais e sexuais (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). A adoção de novas práticas e comportamentos e o ganho de autonomia podem expor os adolescentes e jovens a situações e riscos que os vulnerabilizam ao HIV (CÂMARA, 2012). De acordo com o Centro de Controle de Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, os adolescentes e os jovens são mais vulneráveis ao risco de contrair o HIV e também são menos propensos ao reconhecimento da vulnerabilidade aos riscos aos quais estão expostos (CDC, 2007).

A capacidade comprometida de tomar de decisões, a pressão por partes dos colegas, as normas e valores sociais (COSTA *et al.*, 2013), a precocidade da primeira relação sexual e desprotegida (FERREIRA; TORGAL, 2011), a simultaneidade dos parceiros (GARBIN *et al.*, 2010; GUTIERREZ *et al.*, 2019), a violência provocada pelo parceiro (HUZWAYO; TAYLOR, 2018) e o uso de substâncias (GARBIN *et al.*, 2010; MIRANDA *et al.*, 2018) são alguns dos fatores de risco que tornam os jovens vulneráveis as ISTs e a gravidez indesejada (COSTA *et al.*, 2013).

Diante desta contextualização fica explícita que a vulnerabilidade não está apenas atrelada aos comportamentos de risco individuais, mas também aos fatores sociais, culturais, econômicos e políticos que colocam os jovens em situações vulneráveis. Em virtude da complexidade da compreensão dos indivíduos como um ser com necessidades bio-psico e das anuências multifacetadas dos contextos social, cultural, político e econômico, as reais necessidades dos jovens continuam sistematicamente desassistidas na elaboração de políticas públicas de controle do HIV (COSTA *et al.*, 2013).

Embora o enfoque nas estratégias de enfrentamento ao HIV esteja mais evidenciado nas populações-chaves (HSH, usuários de drogas, pessoas trans, trabalhadores do sexo e pessoas privadas de liberdade), o MS do Brasil, em virtude da magnitude do vírus presente em outros segmentos da sociedade, atribuiu o termo populações prioritárias para grupos que apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos,

sociais e estruturais (BRASIL, 2018). A figura 1 demonstra as populações prioritárias conforme descrito abaixo:

Figura 1 - Populações – chaves para o HIV



Fonte: DIAH/SVS/MS.

Contudo, embora os esforços desempenhados nas estratégias de prevenção sejam notáveis, as informações epidemiológicas revelam um recrudescimento da infecção pelo HIV, em especial na população jovem, fato este que justifica uma atenção diferenciada a esta população. Portanto, sem o foco nestas populações, dificilmente as discrepâncias e as desproporcionalidades, a que estas estão submetidas, serão superadas e, inexoravelmente, o enfrentamento dessas desigualdades estará diretamente relacionado às respostas significativas na luta contra o HIV (BRASIL, 2018).

2.3 RISCOS E VULNERABILIDADES: a dialética dos conceitos

Na Saúde Pública, o termo ‘risco’ está relacionado à ideia de probabilidade, ou seja, são as chances matemáticas de um determinado evento vir a acontecer e/ou à sua distribuição e à frequência da exposição a fatores de risco, ou seja, refere-se à probabilidade de ocorrer uma doença, uma invalidez, uma morte ou quaisquer outros eventos à saúde, sejam eles no âmbito individual, na coletividade ou em grupos específicos no decorrer de um tempo determinado (WALDMAN, 1998).

Apesar de imprescindível no desenvolvimento de estratégias de prevenção ao HIV, enquanto objeto de interesse epidemiológico, os fatores de risco não esgotam todas as possibilidades analíticas denexo causal das especificidades do HIV. Assim sendo, este conceito por si só não oferece robustez necessária para a compreensão dos fenômenos em saúde pública e, por isso, precisam ser incorporados a outros conceitos que possam inferir com mais propriedade a dinâmica dos eventos da saúde e na saúde (MANN *et al.*, 1993).

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8080/1990, que dispõe sobre a promoção, a proteção, a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, propõe a ruptura do modelo hegemônico estritamente biológico como preditor do processo saúde-doença. A premissa defendida em tal instrumento legal promove uma compreensão mais abrangente sobre os múltiplos fatores que influenciam o estilo de vida das pessoas e, conseqüentemente, amplia e fortalece as diretrizes das políticas de saúde (BRASIL, 1990; CARMO; GUIZARDI, 2018).

No conceito antropológico, o risco é socialmente construído. As verdades e ou incertezas construídas nas sociedades não implicam em concordância ou discordâncias únicas e absolutas, uma vez que a percepção de mundo vive em constante (re) construção e é através dela que o homem lida com o risco, filtrando-o por meio de (re) significados socioculturais. No contexto individual, os riscos podem estar relacionados a fatores intrínsecos (genéticos, etário e de gênero, por exemplo) e a fatores comportamentais (CONTRERAS; GRACIA-ARNÁIZ, 2005; BARAL *et al.*, 2013).

Em uma perspectiva cultural, a percepção de risco está de acordo com as crenças, os valores, as posições sociais e ao posicionamento pessoal. Esses valores, que não são estáticos ao longo do tempo, são organizados em sistemas complexos adquiridos pela socialização ou aculturação e que determinarão se algum comportamento é aceitável ou não. Desta forma, cada cultura vai criando os limites de riscos aceitáveis socialmente (COUTO, 2009) e definidos conforme acordos estratégicos de convivência nas interações sociais (MOREIRA, 2018).

Com o entendimento que os sujeitos estão expostos a riscos internos e externos, o termo vulnerabilidade surge diante de uma concepção ampliada, a qual questões relacionadas à cultura, ideologia, sistemas de relações de gênero, estigma, discriminação, heterossexismo e homofobia, por exemplo, são consideradas condições que produzem vulnerabilidades em saúde, em especial, nos diversos cenários das epidemias do HIV (BRADLEY *et al.*, 2011).

A diversidade destes contextos internos e externos influencia os comportamentos individual e social e, por isso, é imprescindível a identificação das especificidades destes

contextos para lidar com os determinantes mais amplos no que se refere às atitudes e ao conhecimento sobre HIV. Desta maneira, é essencial conhecer estas dinâmicas para fortalecer o planejamento e a implantação de políticas, programas e estratégias voltados para o atendimento de grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV (WELLINGS *et al.*, 2006).

O termo vulnerabilidade em saúde foi usado na década de 1980 com o advento da epidemia da aids. A mudança no perfil das pessoas acometidas pela doença demandou uma compreensão mais ampliada dos diferentes contextos envolvidos na susceptibilidade de adquirir a infecção pelo HIV, redefinindo assim a ideia de ‘grupos de risco’. A partir desta compreensão, a vulnerabilidade ganha notoriedade nas discussões públicas e acadêmicas como termo multicontextualizado, embasado na compreensão de que situações podem promover ou não condições vulneráveis (MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

A vulnerabilidade é o objeto de atuação das políticas de saúde. A vulnerabilidade não necessariamente provocará mais danos ao indivíduo, todavia o deixará mais susceptível em virtude das desvantagens que possa vir a ter (FIORATI, *et al.*, 2014). Por outro lado, a pessoa em situação de vulnerabilidade pode ter recursos e/ou capacidade necessária para modificar a situação de vulnerável (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A desigualdade social, política, cultural e econômica e as barreiras no acesso aos serviços de saúde, como fatores macroestruturais, influenciam atitudes, comportamentos e crenças dos indivíduos, da sociedade e dos grupos sociais por não atingirem a todos de maneira ampla, satisfatória e igualitária (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010). Por isso, a vulnerabilidade não se trata apenas de uma condição natural e biológica, mas sim de um estado fruto da associação das desigualdades macroestruturais. É justamente nesta dialética que está o desafio de reconhecer o quão limitado ou amplo são os seus efeitos na elaboração e na execução das políticas de saúde (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O conhecimento e a informação sobre o HIV são essenciais no empoderamento dos sujeitos frente às condutas de prevenção, todavia estes aportes teóricos não traduzem, por si só, em mudanças de comportamento e/ou adoção de comportamentos mais saudáveis. A compreensão da influência de múltiplos fatores na condição de vida do indivíduo pode interferir na adesão a uma crença positiva na prevenção ou no controle de infecções e doenças socialmente determinadas. Entretanto, a não aplicabilidade de comportamentos sadios, mesmo em caráter eventual, é resultante de contextos de vulnerabilidade (PAIVA, PERES, BLESSA, 2002).

2.4 PREVENÇÃO COMBINADA: a estratégia padrão ouro de enfrentamento ao HIV

Com o surgimento do HIV/aids mudanças significativas ocorreram na área da saúde uma vez que, além dos comportamentos individuais, outras condições passaram a ser objeto de estudo da comunidade científica e propósito de intervenção das políticas em saúde (BRASIL, 2017a). Com o intuito de prevenir e controlar os efeitos deletérios da infecção pelo HIV, autoridades públicas e a sociedade civil organizada se mobilizam para ampliar o conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias que possam prevenir a infecção e proporcionar qualidade de vida as pessoas convivendo com o vírus (UNAIDS, 2010).

No Brasil, as estratégias de prevenção sempre tiveram destaque nas ações sociais e institucionais no combate ao HIV/aids, dentre elas destacam-se o acesso universal e gratuito aos serviços e ações em saúde e o cuidado integral. A implantação de ações articuladas nos âmbitos da vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado devem estar condizentes e centradas nos indivíduos, nos seus grupos sociais e na sociedade, sem, portanto, esquecer-se das singularidades inclusive no que diz respeito às escolhas dos métodos de prevenção conforme as práticas e comportamentos sexuais dos indivíduos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a).

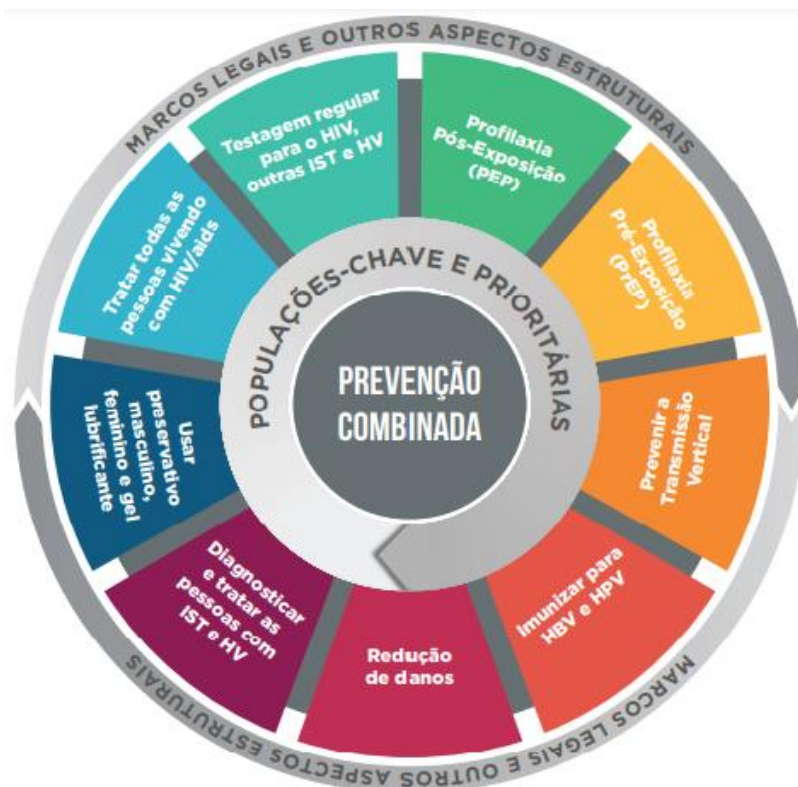
Apesar dos aspectos relacionados ao comportamento sexual conferirem maior visibilidade, a Prevenção Combinada tem sido a estratégia que utiliza, simultaneamente, diferentes abordagens de prevenção aplicadas em diferentes níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário e social) com o objetivo de atender as necessidades específicas de determinados públicos nas diferentes formas de transmissão do vírus. Trata-se, portanto, de ações estratégicas e específicas, de curto e médio prazo, com capacidade para reorientar e reorganizar o sistema a partir da capilarização de ações programáticas, sistemáticas e contínuas (BRASIL, 2017a).

A recomendação do MS quanto à adoção da prevenção combinada com foco prioritário nas populações chave e prioritárias está relacionada à alta prevalência da infecção nestes grupos populacionais, em razão das desigualdades, as quais estão submetidas e que dificilmente seriam superadas. A efetividade desta estratégia possibilita a oportunidade de prover os meios de enfrentamento a tais iniquidades por meio de intervenções individuais e estruturais (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a).

Na presença de tantos contextos desfavoráveis, o MS tem preconizado a adoção da prevenção combinada como uma estratégia inovadora que visa à combinação de três abordagens possíveis na formulação de ações de prevenção ao HIV: a *biomédica*, a

comportamental e a estrutural (Figura 2). Com vista à maximização dos recursos intrínsecos à estratégia, as abordagens precisam estar focadas em diferentes e amplos contextos respeitando as singularidades, autonomia e as especificidades dos sujeitos (BRASIL, 2017a).

Figura 2 - Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: DIAH/SVS/MS.

As intervenções biomédicas estão direcionadas na redução do risco à exposição ao HIV a partir de ações que impeçam a contaminação entre sujeitos sorodiferentes, ou seja, o foco das ações nesta intervenção está na relação entre o vírus e a pessoa passível de contaminação (Figura 3). Assim, a aplicabilidade destas intervenções parte do pressuposto da divisão didática de duas estratégias: a primeira está direcionada a métodos de barreira física, com a recomendação do uso de preservativos masculino e feminino e gel lubrificante; e a segunda está ligada a prescrição de antirretrovirais (ARV) com o objetivo de limitar a capacidade do vírus de infectar indivíduos (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018).

A Profilaxia Pós Exposição (PEP) é uma estratégia de prevenção disponível desde 1998 e consiste na tomada de antirretrovirais por 28 dias, em até 72 horas após exposição, quando nenhum recurso de proteção foi adotado ou quando houve falhas em sua adoção.

Inicialmente, esta estratégia foi disponibilizada apenas para os acidentes ocupacionais, e, em 2000, foi ampliada para outros segmentos da sociedade e outras condições de vulnerabilidade ao HIV. A falta de conhecimento e a pouca divulgação desta estratégia têm provocado subutilização a esta inovação por parte dos potenciais usuários (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018).

A Profilaxia Pré Exposição (PrEP) consiste em uma estratégia de tomada diária de antirretrovirais e é recomendada para alguns grupos populacionais considerados mais vulneráveis ao HIV. Homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo constituem grupos com maiores chances de contrair o vírus (BRASIL; 2015; BRASIL, 2017a). Parcerias sexuais sorodiferentes também são elegíveis para indicação da PrEP. Não obstante, a categorização destes grupos populacionais não é suficiente para determiná-los como vulnerável. O principal objetivo desta estratégia é reduzir a transmissão do HIV e, consequentemente, contribuir para o fim da epidemia (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017b).

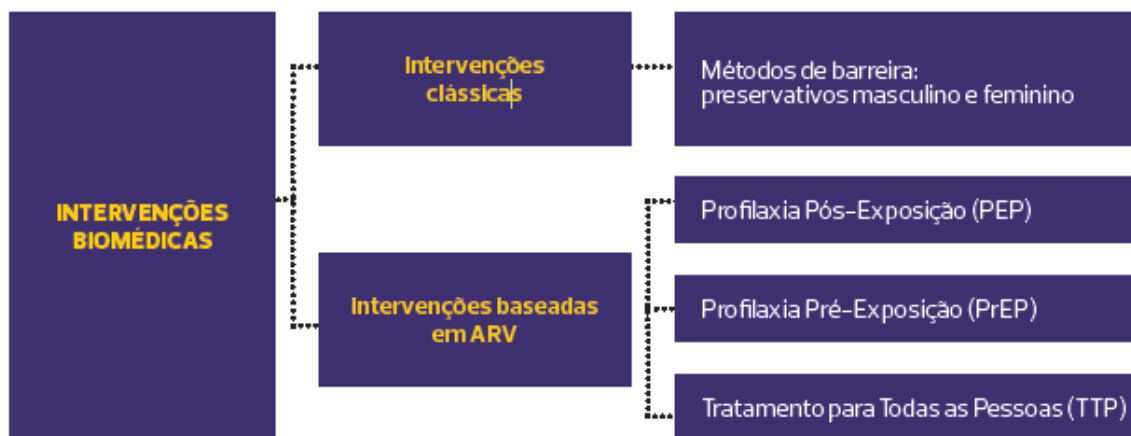
A adesão à prevenção combinada deve considerar o uso combinado de métodos preventivos, sem excluir ou sobrepor um método ao outro. A indicação de uso da PEP e da PrEP não é unânime. Sua prescrição deverá levar em consideração o contexto de uso, o real motivo da indicação, o cenário epidemiológico, o grau de exposição a fatores de risco e o custo-benefício da terapia medicamentosa. A gestão dos riscos deverá promover à autonomia e melhores escolhas dos sujeitos desde que eles tenham acesso as informações necessárias para reduzir o risco da infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018).

Além da PEP e da PrEP existe uma outra estratégia medicamentosa que é o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP), cujo diagnóstico é sabidamente positivo para o HIV. O TTP é uma estratégia salvaguarda pelo MS que recomenda o uso regular de ARV pelas Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), independentemente do resultado da carga viral. Seus principais objetivos são reduzir significativamente a transmissão do vírus, evitar adoecimentos e aumentar a expectativa de vida (BRASIL, 2017a).

A orientação para o uso de preservativos e gel lubrificante também é uma abordagem biomédica conhecida como método de barreira uma vez que impede o contato do esperma com a vagina, boca e ânus. Quando assegurada a sua integridade e a sua utilização feita de forma correta são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. Ao aderir a esta abordagem é possível prevenir ISTs e gravidez indesejada. Economicamente efetivos, com distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são de fácil manuseio e contribuem para a saúde sexual e reprodutiva. Mesmo em face do uso de outras estratégias das

intervenções biomédicas (figura 3), o uso de preservativos continua a ser fortemente recomendado (BRASIL, 2017a).

Figura 3 - Intervenções biomédicas na prevenção combinada do HIV



Fonte: DIAH/SVS/MS.

As intervenções comportamentais estão direcionadas a instruir os indivíduos com informações e conhecimentos sobre o HIV e aids, instrumentalizando-os para o gerenciamento dos diferentes graus de riscos a que estão expostos, por meio das diversas estratégias de prevenção disponíveis no SUS. O que se almeja com este tipo de intervenção é a mudança de atitudes, comportamentos e práticas nos contextos social e cultural os quais a pessoa está inserida, em especial para as pessoas que fazem parte das populações-chave ou prioritárias, reduzindo, assim, as vulnerabilidades (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a).

A oferta de testagem com aconselhamento pré e pós-teste são estratégias da intervenção comportamental que devem ser precedidas de orientações e informações sobre a importância do teste e seus significados, contextualizando-os dentro das necessidades apresentadas. O atendimento com a oferta destas estratégias deve ser personalizado, livre de qualquer julgamento e isento de um processo prescritivo, burocrático ou rígido (BRASIL, 2017a).

A estratégia da redução de danos, como intervenção comportamental, visa reduzir os danos sociais e à saúde ocasionados pelos efeitos deletérios do uso indiscriminado de álcool e outras drogas. Para isto, é fundamental o protagonismo deste usuário na promoção de sua qualidade de vida e de saúde, com responsabilidade civil e criminal e com a gestão do seu autocuidado. O rompimento com as concepções hegemônicas em saúde produz uma nova maneira de fazer o cuidado integral e intersetorial, respaldado na corresponsabilização, nos

direitos humanos, na inclusão social, na cidadania, livre de julgamento e respeitando a autonomia dos sujeitos (COELHO; SOARES, 2014; BRASIL, 2017a; GOMES; VECHHIA, 2018).

O incentivo a adesão às estratégias de intervenção biomédica, como o uso de preservativos e gel lubrificante, a indicação dos ARVs, e às estratégias de intervenção comportamental devem ser baseadas na comunicação eficaz, no fortalecimento de vínculo, na capacidade de acolher, na oferta de escuta qualificada e na promoção de ações de educação em saúde (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018a).

No que concerne às intervenções estruturais (Figura 4), as especificidades e os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos são responsáveis pela criação de condições favoráveis de vulnerabilidades para o indivíduo, para a sociedade ou grupo social, perpassando por questões como preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienar direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2017a). As ações desenvolvidas nesta intervenção são complexas e multissetorial uma vez que estão direcionadas a um contexto macroestrutural, tais como: o enfrentamento ao racismo, ao sexismo, à LGBTfobia, à fome, ao analfabetismo, na promoção e na defesa dos direitos humanos, no livre exercício da cidadania, dentre outras (BRASIL, 2021).

Figura 4 - Principais estratégias para ações de intervenção estrutural



Fonte: DIAH/SVS/MS.

Embasado nos princípios e diretrizes do SUS e nos estudos nacionais e internacionais com evidência científica, fica evidente que as estratégias, no âmbito das intervenções estruturais, devem estar articuladas com a política de enfrentamento das desigualdades socioeconômicas que assegurem alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda,

educação, dentre outros, como condicionantes e determinantes à saúde na redução de vulnerabilidades e, por conseguinte, na prevenção ao HIV (BRASIL, 2017a).

A prevenção combinada, como a melhor estratégia recomendada, só é válida quando há orientação da adoção de todos os seus elementos, uma vez que apenas um modo de prevenção não é suficiente para atender todas as necessidades dos indivíduos. Por outro lado, a conciliação das diferentes abordagens não esgota todos os propósitos da prevenção combinada. Por isso, se faz necessário um estudo singular, contínuo e reestruturante dos diferentes focos a serem abordados para cada indivíduo (BRASIL, 2017a).

Ademais, torna-se imprescindível construir agendas estratégicas de maneira institucional, intra e intersetorial, como também, com a sociedade civil e as instituições de ensino e pesquisa de modo a fortalecer a articulação e pactuações, promover um diálogo permanente na perspectiva de produzir respostas de enfrentamento ao atual cenário epidemiológico e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV (BRASIL, 2018a).

A indicação e a oferta destas estratégias vão depender de escolhas dos gestores, dos profissionais de saúde e, em proporção decisória menor, do interesse e vontade do usuário. Trata-se, portanto, de uma decisão a um só tempo político-científico e ideológico-assistencial. Todavia, não se pode esquecer que por traz de uma conduta medicamentosa, mesmo em caráter preventivo, a orientação, o aconselhamento e a educação em saúde, considerados como tecnologias leves, potencializam a mudança de conduta frente a alguns fatores de risco. Esta sim é a real e concreta forma de prevenção: práticas sexuais seguras e conscientes (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; BRASIL, 2017a).

2.5 MODELO SOCIAL ECOLÓGICO MODIFICADO: conceitos e aplicabilidades na epidemia do HIV

Originário dos campos da psicologia e do desenvolvimento humano, o Modelo Social Ecológico foi adaptado à área da saúde pública como uma abordagem teórica que enfatiza a importância de compreender os ambientes sociais e regulatórios na previsão do comportamento de saúde individual (KUMPFER; TURNER, 1990; PAEK *et al.*, 2013; SABISTON, 2009; STOKOLS, 1992). É um modelo, que quando usado na área da saúde, destaca a dinâmica de interações e relações existentes entre pessoas, ambientes e outras

influências sociais que moldam os comportamentos, os padrões de doença, bem como as respostas a eles ao longo do ciclo de vida (FIELDING *et al.*, 2010).

Segundo Stokols (1996), na abordagem social ecológica, o principal determinante de saúde e doença caracteriza-se pelo grau de adequação entre as necessidades biológicas, comportamentais e socioculturais das pessoas e os recursos ambientais disponíveis para elas. Contextualiza o comportamento dos indivíduos usando dimensões intrapessoal (conhecimento, atitudes, comportamento), interpessoal/rede (redes sociais, apoio social), comunidade (relações entre organizações/instituições) e de políticas públicas (leis locais, estaduais, nacionais) para fornecer uma estrutura que descreve as interações entre esses níveis (McELROY *et al.*, 1988).

Embora o modelo social ecológico venha sendo amplamente aplicado, especialmente na perspectiva de propor intervenções eficazes destinadas à modificação de comportamentos individuais, em especial nas populações chave, ainda é insuficiente para orientar a mensuração dos riscos de nível individual, tanto biológicos como comportamentais, bem como níveis de risco de ordem macroestruturais no contexto da infecção por HIV (BARAL *et al.*, 2013).

Baseado na estrutura de estudos anteriores (Auerbach *et al.*, 2011; Poundstone *et al.*, 2004; Chakrapani *et al.*, 2007; Lane *et al.*, 2004), que examinaram fatores de risco de nível ecológico para o HIV, Baral e colaboradores (2013) desenvolveram o Modelo Social Ecológico Modificado (MSEM) com o intuito de ajudar a visualização e a compreensão das associações entre os componentes dos variados níveis que influenciam o estágio epidêmico do HIV. As análises particularizadas de todos os domínios e a contextualização dos diferentes cenários fornecem subsídios para um melhor entendimento da dinâmica da infecção e determinam peculiaridades ao modelo proposto (BARAL *et al.*, 2013).

O MSEM é composto por cinco níveis que estão interligados e que podem facilitar ou mitigar a transmissão do HIV (Figura 5). Diferentemente do modelo social ecológico, o MSEM acrescenta o estágio epidêmico fundamentado na premissa de que embora os riscos em nível individual sejam necessários para a propagação da infecção, eles são insuficientes para explicar a dinâmica da transmissão do vírus no nível populacional. Sendo assim, cada nível fornece contextos capazes de impactar sobre os níveis subsequentes e os elos de conexões dos elementos constituintes do modelo podem contribuir como fatores de proteção ou de risco à saúde (BARAL *et al.*, 2013).

Figura 5 – Modelo Social Ecológico Modificado para risco do HIV



Fonte: BARAL *et al.*, 2013.

No **Nível Individual** estão relacionados os fatores biológicos e comportamentais relacionados à vulnerabilidade para transmitir doenças ou infecções. O **Nível de Rede Social e Sexual** integra os relacionamentos interpessoais no contexto de família, amigos, vizinhos, parcerias sexuais e outros que influenciam diretamente a saúde e os comportamentos em saúde. Este nível ultrapassa limitações geográficas, cujos contextos sofrem influência das condições socioeconômicas, das relações de gênero, raciais ou religiosas e das normas e condutas impostas pelas sociedades (BARAL *et al.*, 2013).

No **Nível da Comunidade**, os ambientes são compreendidos como espaços que podem promover saúde e bem-estar, assim como propiciar condições de doença, estigma e preconceito com reflexos sobre a saúde. Este nível é constituído por organizações e grupos geograficamente delimitados, com relações políticas, características culturais e religiosas peculiares. Os valores, as normas, as crenças e a coesão social são preceitos que regem a comunidade coletivamente e em geral influenciam a cultura e a forma de vida da sociedade. A interpretação das normas da comunidade pode aumentar ou mitigar o nível de risco para a infecção pelo HIV (BARAL *et al.*, 2013).

O **Nível das Políticas Públicas**, fundamenta-se na compreensão de que a sociedade tem pouco domínio para modificar os contextos que estão vinculados às questões organizacionais e decisões políticas (GRAU *et al.*, 2017). Neste nível, estão considerados alocação de recursos econômicos para serviços de educação, saúde, qualificação profissional, assistência financeira e estratégias de prevenção ao HIV, os quais, por sua vez, desempenham

papel substancial na definição de contextos estruturais de risco a infecção (BARAL *et al.*, 2013).

Excetuando-se o nível individual, os demais níveis apresentam fatores de risco que não estão ao alcance do controle direto das pessoas, muito embora a formulação das políticas e suas estratégias estejam, em boa parte, direcionadas às intervenções no componente individual, sendo este apenas um dos níveis que apresentam riscos a transmissão do HIV (PARKER; AGGLETON, 2003; WELLINGS *et al.*, 2006; MAHAJAN *et al.*, 2008).

Associando-se a todos os demais níveis, está o **Estágio Epidêmico** que ao mesmo tempo em que é o reflexo dos insucessos dos demais níveis também pode ser eixo norteador das ações de enfrentamento ao HIV. Nenhum comportamento, nenhuma relação das redes sociais e sexuais, nenhuma comunidade e nenhuma política serão capazes de criar infecções e doenças, tendo em vista que estes contextos só podem criar condições para incrementar ou mitigar a probabilidade para a transmissão dos eventos já existentes. A incidência e a prevalência são exemplos de indicadores epidemiológicos, do estágio epidêmico, que mensuram a magnitude da infecção pelo HIV neste nível (BARAL *et al.*, 2013).

As fragilidades das políticas públicas e dos programas de saúde refletem o pouco engajamento dos gestores em executar estratégias multiníveis no controle da transmissão do HIV. Esta lacuna dificulta o desenvolvimento e a implementação de intervenções que permeiam as questões políticas, sociais, culturais, econômicas e de saúde associadas ao enfrentamento a infecção (ADEDIMEJI *et al.*, 2019).

As respostas que se deseja obter com a redução da transmissão do HIV (estágio epidêmico) precisam ser imediatas e efetivas e, por isto, impõem a todos os níveis de risco do MSEM desafios complexos, árduos e de longo prazo nas intervenções que se almeja operar. A debilidade na implementação de ações de prevenção em qualquer nível, inevitavelmente, compromete a eficácia das estratégias realizadas nas outras camadas (BARAL *et al.*, 2013; BRASIL, 2018a).

A partir deste entendimento, formuladores de políticas públicas devem desenvolver intervenções abrangendo mais de um nível de risco haja vista o inter-relacionamento dos mesmos e que as intervenções baseadas na comunidade devem ser suficientemente poderosas e flexíveis para atender às necessidades de diversos subgrupos (LATKIN; KNOWLTON, 2005). Assim, variações contextuais (demográficas, políticas, níveis de educação, prestação de serviços sociais, localização geográfica, crenças culturais e padrões epidêmicos) devem orientar o direcionamento de ações/intervenções pautadas nas necessidades de mudança das comunidades para as quais elas serão projetadas. Abordagens descentralizadas necessitam

responder ao conjunto específico de múltiplos fatores estruturais que influenciam o risco e a vulnerabilidade dos grupos (BARAL *et al.*, 2013).

Para lograr êxito, a prevenção da transmissão do HIV necessita de alta cobertura e de estratégias combinadas. Alcançar alterações nos componentes macroestruturais é profundamente benéfico e dá sustentabilidade e robustez ao arcabouço das ações de enfrentamento ao vírus. Embora sejam difíceis de serem alcançadas, estas ações são necessárias para aperfeiçoar combinações de intervenções em diferentes contextos e epidemias (DEGENHARDT *et al.*, 2010).

Enquanto a raça branca for suprema em relação às demais raças; a pobreza, a drogadição e a fome fizerem novas vítimas, diariamente; o patriarcado for predominante nas relações desiguais de gênero; as culturas promoverem a vitimização de agressores e a condenação das vítimas de violência doméstica, física e sexual; o acesso à educação continuar sendo uma realidade distante para a maioria das pessoas; as injustiças políticas, econômicas e sociais presentes de maneira hegemônica, contundentes e legitimadas, continuarem sendo perpetuadas ao longo do tempo e de gerações, lidar com as vulnerabilidades ao HIV transcenderá a decisão para além do âmbito individual (PAIVA, PERES, BLESSA, 2002).

Do mesmo modo, as pesquisas científicas deveriam identificar as associações dos fatores de risco e dos fatores de proteção, em cada nível, e propor soluções para os serviços desenvolverem ações mais assertivas, aumentando o potencial e o êxito das intervenções realizadas (MASQUILLIER *et al.*, 2015).

Portanto, compreender os componentes comportamentais e socioestruturais à luz das vulnerabilidades e riscos associados ao HIV na população jovem trará uma contribuição significativa no entendimento da magnitude da infecção. A estruturação de um eixo teórico, com fatores multiníveis de risco ao HIV, poderá subsidiar práticas, pesquisas, intervenções e o desenvolvimento de políticas mais efetivas para o enfrentamento aos avanços significativos do vírus (PARKER; AGGLETON, 2003; AUERBACH; PARKHURST; CACERES, 2011).

Nesta direção, este estudo se propôs a investigar, individualmente e em combinação entre os níveis do MSEM (individual, rede social e sexual, comunidade, políticas públicas e estágio epidêmico) os elementos que influenciam a transmissão do HIV na população jovem.

Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis.

René Descartes

3.MATERIAIS E MÉTODOS

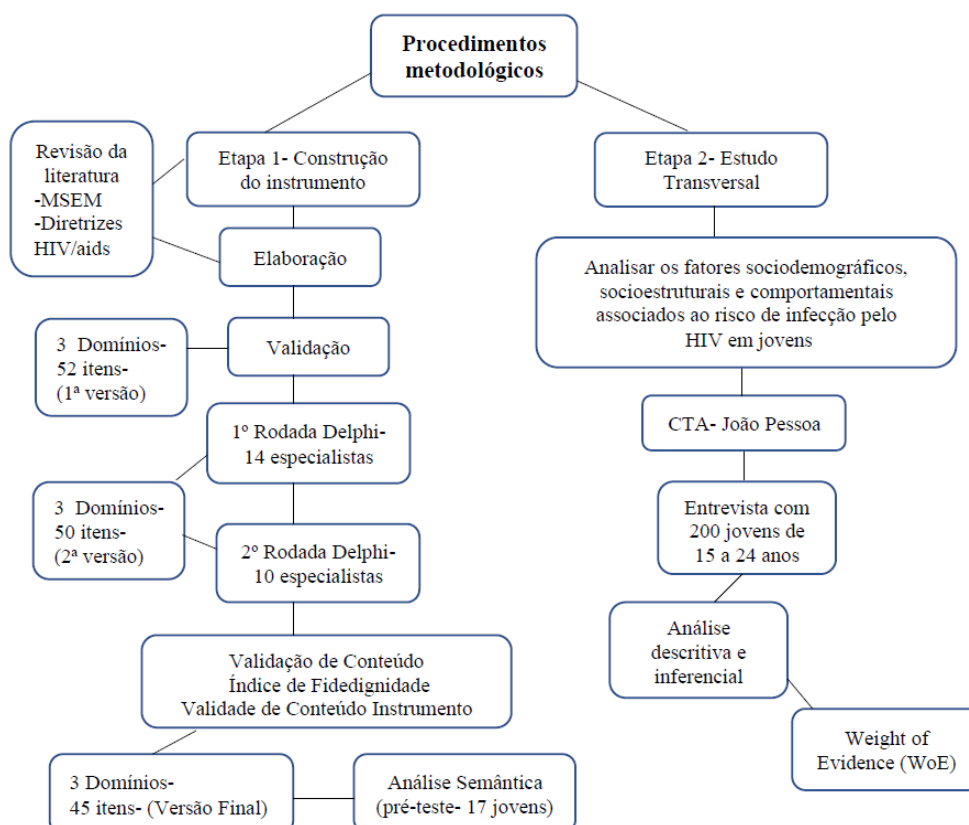
Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “HIV NA POPULAÇÃO JOVEM: subsídios para o enfrentamento da epidemia a partir da análise de fatores socioestruturais e comportamentais”, financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba – FAPESQ/PPSUS- TC 12/2021, coordenada pelo Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade– do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa integra duas abordagens metodológicas que foram percorridas em etapas subsequentes. Inicialmente, conduziu-se um estudo metodológico, que teve como finalidade construir e validar um instrumento, a partir dos níveis de risco do MSEM associados a infecção pelo HIV em jovens. Na segunda etapa, delineou-se um estudo tipo inquérito, de corte transversal.

Levando-se em consideração as especificidades de cada tipo de estudo desenvolvido, no que se refere ao desenho, amostra, procedimentos para coleta e análise de dados, estas serão descritas separadamente.

Figura 6- Fluxograma das etapas metodológicas seguidas na execução deste estudo



Fonte: Elaboração das pesquisadoras.

3.1.1 ESTUDO METODOLÓGICO

Os estudos metodológicos utilizam métodos de obtenção, organização e análise de dados, e abordam a elaboração e validação de instrumentos de uma determinada área do conhecimento. Envolve processos rigorosos de investigações de métodos de obtenção e organização dos dados, tendo como objetivo desenvolver um instrumento efetivo e fidedigno que possa ser utilizado por outros (POLIT; BECK, 2011). Assim, a construção de um instrumento passa por uma profunda pesquisa teórica e metodológica e a busca na literatura por outras ferramentas semelhantes que servirá de suporte na elaboração de um novo instrumento (PASQUALI, 2010; SANCHEZ, 2013).

Neste estudo, a construção e validação do instrumento foram delineadas segundo o modelo de elaboração de instrumento sugerido por Pasquali (2010), baseado em três fases: a primeira fase consiste nos *procedimentos teóricos* (elaboração dos indicadores e construção do instrumento), a segunda fase relacionada aos *procedimentos empíricos* (validade de conteúdo do instrumento, submissão aos avaliadores e verificação da confiabilidade do instrumento pela análise de concordância entre os avaliadores), a terceira fase embasada nos *procedimentos analíticos* (consistência interna do instrumento) e, por fim, a realização do pré-teste (análise semântica).

3.1.1.1 Procedimento Teórico: definição dos itens e construção do instrumento

A etapa do procedimento teórico, referente ao desenvolvimento do instrumento da pesquisa, contou com a realização de um levantamento bibliográfico, com ampla revisão na literatura, que pudesse subsidiar uma construção condizente com a realidade das vulnerabilidades ao HIV, as quais os jovens estão submetidos nos contextos socioestruturais e comportamentais. Definido o constructo a ser investigado, as pesquisadoras do NEHAS promoveram amplas discussões a respeito do Modelo Social Ecológico Modificado, como referencial teórico para a elaboração do instrumento, articulando-o às diretrizes nacionais de enfrentamento ao HIV e aids e aos conceitos de vulnerabilidade e risco, embasados nos estudos de Baral *et al.* (2013), Price *et al.* (2018); Naidoo *et al.* (2014); Parkhurst (2014); Bradley *et al.* (2011); Pechansky *et al.* (2002); Bernal *et al.* (2002).

As informações produzidas neste processo serviram como fonte científica para selecionar e elaborar os itens do instrumento. Foi preciso alinhar o conteúdo e a formulação

das perguntas ao formato de respostas desejáveis, a sequência das perguntas, a apresentação e a estruturação do questionário.

A primeira versão do instrumento foi organizada em 52 itens (APÊNDICE I), distribuídos em 3 Domínios denominados: **Domínio I-** Sociodemográfico; **Domínio II-** Comportamental; **Domínio III-** Socioestrutural. Cada item foi avaliado quanto a sua pertinência, considerando uma escala de Likert, estruturada em cinco proposições: “discorda totalmente”, “discorda parcialmente”, “sem opinião”, “concorda parcialmente” ou “concorda totalmente”. Ainda, ao final de cada item avaliativo, havia também um campo específico para respostas abertas, onde os especialistas poderiam justificar suas respostas e/ou fornecer sugestões, quando convenientes, que contribuíssem para a qualidade do processo de validação.

3.1.1.2 Procedimento empírico: seleção e submissão aos especialistas

Para que esse instrumento pudesse gerar resultados válidos e confiáveis, foi conduzido o processo de validação de conteúdo e, com vistas a melhor operacionalização desta etapa, optou-se por utilizar a Técnica Delphi.

A validação de conteúdo representa um passo inicial no desenvolvimento de novos instrumentos. Para Pasquali (2017), a validade com base no conteúdo refere-se à clareza dos objetivos daquilo que se propõe a investigar a partir da delimitação e definição do universo do conteúdo programático em divisões e/ou subdivisões bem como suas representatividades no todo. De acordo com o autor, o cerne da validação de conteúdo está em descobrir se a representação do instrumento é legítima e adequada ao construto. A validação do instrumento deverá ser alcançada seguindo os preceitos das análises teórica e empírica, que deverão ser autenticados pela fase analítica (estatística).

Alguns autores também compartilham da mesma ideia de Pasquali sobre a validação de conteúdo. Para Rubio *et al.* (2003), a validade de conteúdo visa estabelecer associação entre os conceitos teóricos e os indicadores mensuráveis (itens) do instrumento, bem como a extensão e dimensão de cada item junto ao objeto de estudo. Costa (2011) defende a ideia de que o grau de representatividade, a clareza e a relevância do conteúdo e do construto são avaliadas através da validação de conteúdo. A validade de aparência é bastante usada concomitantemente à validação de conteúdo e proporciona julgamento sobre a relevância e adequação dos itens para verificar a aplicabilidade do instrumento na população-alvo (MARTINS, 2006).

Validar um instrumento em seu conteúdo significa obter uma amostra de itens relevante para os distintos domínios que o compoñham. A partir da Técnica Delphi é possível ouvir e analisar, de forma sistemática, opiniões de especialistas sobre a compreensão dos itens, e sua pertinência é obter consenso de ideias de um grupo a respeito de determinada temática de seu domínio (PERROCA, 2011; PASQUALI, 1998; MARQUES; FREITAS, 2018).

Essa técnica é comumente aplicada através de questionários que são respondidos, individualmente, pelos especialistas, podendo ter várias rodadas a depender do compilado das informações. São observadas as tendências, as opiniões discordantes e as justificativas, possibilitando que exista um diálogo entre os participantes, por meio das rodadas dos questionários e feedback das opiniões. A cada rodada, o pesquisador, com base na avaliação dos juízes, pode modificar o questionário com as alterações sugeridas e reenviar ao grupo. Desse modo, os especialistas vão construindo, gradativamente, um consenso acerca da temática para orientar a tomada de decisão (MARQUES; FREITAS, 2018; SANTOS *et al.*, 2020).

Na literatura, não há consenso quanto ao número determinado de sujeitos que deverão compor o conjunto de especialistas. Esta escolha deverá levar em consideração o fenômeno estudado, o propósito e o tempo da pesquisa bem como os critérios de seleção dos especialistas. Todavia, ressalta-se que a eleição deverá levar em consideração o notório saber, a disponibilidade e a motivação dos especialistas em participar de todas as fases do estudo (SPÍNOLA, 1984). Há estudos que sugerem de seis a vinte especialistas (PASQUALI, 2010), outros defendem um número ímpar de juízes (MOURA *et al.*, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Neste estudo, a Técnica Delphi foi aplicada no período de 13 de novembro a 31 de dezembro de 2020. Para seleção dos especialistas, foram realizados dois procedimentos de amostragem: bola de neve e busca em sistema de informação. O primeiro, que versa sobre os critérios de seleção dos especialistas, está atrelado à acessibilidade, experiência, conhecimento, competências e habilidades, utilizando uma cadeia de referência, formando uma rede de pessoas elegíveis para o objeto do estudo (ALBUQUERQUE, 2009). Por meio deste tipo de amostragem não probabilística, foram elegíveis onze (11) especialistas.

No segundo procedimento de amostragem, os especialistas foram selecionados por meio da busca ativa no sistema da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sendo elegíveis oito (8) especialistas.

Nos dois procedimentos, os critérios de seleção utilizados foram ter o título de mestre ou doutor e ter experiência na temática de HIV/aids.

Na primeira rodada, os 19 especialistas selecionados, foram contactados por seus respectivos endereços eletrônicos, contendo uma apresentação sucinta dos objetivos e descrição da pesquisa, no corpo do e-mail. O formulário eletrônico, utilizado para a validação de conteúdo e validação de aparência do instrumento, foi construído na plataforma do Google (<https://docs.google.com>) e continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um questionário com a caracterização dos especialistas e a versão inicial do instrumento. O primeiro visou caracterizar os participantes quanto à idade, sexo, instituição, cidade/estado que trabalha, formação (graduação), titulação, área de atuação e tempo de atuação profissional com HIV/aids. O segundo, composto por 52 itens, sendo 7 referentes ao Domínio I- Sociodemográfico; 19 referentes ao Domínio II- Comportamental; e 26 referentes ao Domínio III- Socioestrutural.

Um prazo de 15 dias foi estabelecido para que os especialistas pudessem responder a solicitação do convite da pesquisa e fazer a devolutiva com as suas contribuições. Os juízes avaliaram cada item, individualmente, quanto ao formato, ao título, às instruções e aos domínios, considerando a pertinência de cada aspecto avaliado. Nesta etapa inicial, 14 especialistas constituíram a amostra.

3.1.1.3 Procedimento analítico: validação de conteúdo e consistência interna do instrumento

Os procedimentos analíticos foram representados pela análise da consistência interna do instrumento. A consistência interna é uma medida de confiabilidade que permite a avaliação do grau de correlação dos itens do questionário entre si, entre os domínios com o instrumento da pesquisa de um modo geral. Para análise das informações obtidas a partir das avaliações dos juízes foram utilizados os *Índices de Validade de Conteúdo aplicados aos Itens (IVC)*, *Índice de Fidedignidade aplicado aos Domínios (IFD)* e o *Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento (IVI)*. Os referidos dados permitiram avaliar a pertinência, relevância e confiabilidade dos itens, das dimensões e do instrumento como um todo (RUBIO *et al.*, 2003).

O Índice de Validade de Conteúdo aplicado aos Itens é obtido pelo cálculo da porcentagem em cada item dado pelo número de respostas igual ou acima de 80% (0,80),

dividido pelo número total de respostas (PASQUALI, 2010; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "4" ou "5"}}{\text{Número total de respostas}} \times 100$$

Após a primeira rodada de avaliação do instrumento, foi realizada análise das respostas dos especialistas e verificação do consenso. Sua mensuração foi feita através da divisão do número de especialistas que atribuiu o escore 4 ou 5 pelo total de especialistas que avaliou cada item, obtendo-se assim, o IVC igual ou maior a 80%. Admite-se, segundo Pasquali (2010), que uma concordância igual ou superior a 80%, entre os juízes, pode ser adotada como parâmetro de decisão para a permanência ou não do item no instrumento construído. Sendo assim, este foi o parâmetro adotado pela pesquisa para o cálculo do IVC.

Destarte, permaneceram no instrumento os itens que obtiveram nível de concordância igual ou maior a 0,80 (80%). Os itens com IVC abaixo deste valor foram excluídos ou reformulados, atendendo as sugestões efetuadas pelos especialistas.

Com a reformulação dos itens, deu-se início a segunda rodada da Técnica Delphi com o reenvio da nova versão do instrumento aos 14 especialistas que contribuíram na primeira rodada. Nesta versão, constavam 50 itens. Foram mantidos os mesmos critérios de avaliação e um prazo de 15 dias foi estipulado para devolutiva. Um total de 10 especialistas participaram da reavaliação do instrumento e, novamente, à pertinência dos itens foi analisada.

O IFD tem por premissa a confiabilidade dos especialistas ao fazerem seus julgamentos (RUBIO *et al.*, 2003; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). O IFD foi mensurado em dois momentos: o primeiro cálculo foi feito após a primeira avaliação dos especialistas e o segundo foi feito após a segunda avaliação. Nos dois momentos, o cálculo do IFD foi realizado através da divisão da somatória dos IVC pelo número total de itens em cada domínio. Foram considerados válidos os IFD que obtiveram valores iguais ou acima de 80%.

Por fim, para avaliar o conteúdo do instrumento em relação à representatividade perante o objeto de pesquisa, empregou-se o IVI. O IVI foi mensurado a partir da somatória dos IFD (Domínio I – 0,96, Domínio II – 0,94 e Domínio III – 0,95) dividido pelo quantitativo de domínios (3), obtendo-se o valor de 0,95. Portanto, afirma-se que tanto o IFD como o IVI apresentam escores acima de 0,80.

3.1.1.4 Análise semântica do instrumento: pré-teste

Efetuada a validação de conteúdo, o instrumento foi submetido à análise semântica dos itens. A análise semântica do instrumento fundamenta-se na averiguação dos itens presentes quanto a sua compreensão no momento de sua aplicação e a verificação da inteligibilidade na população a que se destina. A aplicabilidade prévia do instrumento tem por premissa testar o entendimento dos sujeitos quanto à compreensão às instruções dadas e, para isto, a entrevista é a técnica elegível (PASQUALI, 2010).

A análise semântica foi realizada através de um pré-teste aplicado com os usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no município de João Pessoa - PB, no turno matutino, no período de 11 a 15 de janeiro de 2021. Por ocasião do comparecimento ao serviço para realização do teste rápido para o HIV, jovens com idade entre 15 e 24 anos foram convidados para participar da pesquisa e, concomitantemente, orientados, individualmente, sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação no estudo, ressaltando os princípios da confidencialidade e sigilo da informação. Também foi explicado que, a recusa em participar da pesquisa, não traria implicações ao atendimento no serviço.

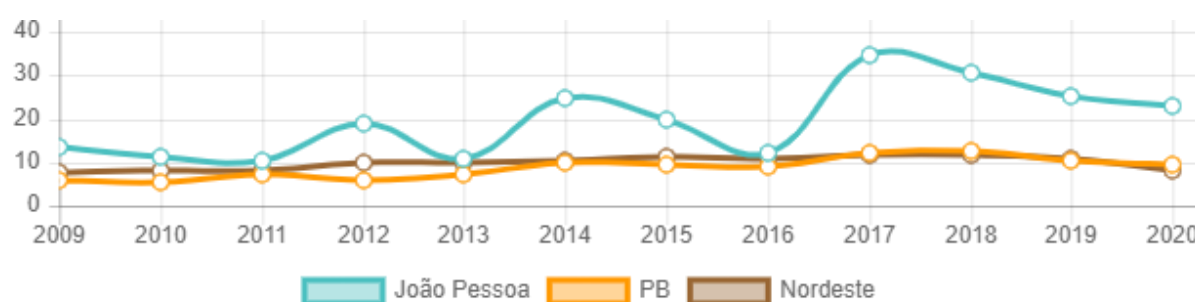
Do total de 18 jovens, elegíveis por conveniência, apenas um se recusou a participar. A entrevista foi conduzida após a realização da testagem rápida, cujo tempo de espera do resultado do exame coincidiu com o tempo de duração da entrevista, de aproximadamente, 20 minutos e, aquelas que se estenderam um pouco além, foi em virtude de intervenções de educação em saúde com orientações sobre dúvidas referidas pelos jovens. As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado, disponibilizado pelo CTA, onde ficavam apenas o entrevistador e o participante da pesquisa. Após ciência, consentimentos foram formalizados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para os maiores de idade, e do Termo de Assentimento para os menores de 18 anos.

Durante o pré-teste, todas as ocorrências e observações, foi possível verificar a aplicabilidade do instrumento através da análise semântica. Nesta etapa, constatou-se a necessidade de ajustar três itens do instrumento: no item 11: “*atualmente, com quem você divide moradia*”, foi acrescida a opção **filhos**, no item 26.1: “*Se sim, onde você recebeu orientações de promoção/prevenção ao HIV*”, foi acrescentada a opção **onde** e no item 32: “*qual o motivo para realização do teste atual*” foi acrescida a opção **gestação**.

3.1.2 ESTUDO TRANSVERSAL

Sequencialmente à validação do instrumento, foi conduzido um estudo tipo inquérito, de corte transversal. Elegeu-se como cenário de estudo, o Centro de Testagem e Aconselhamento situado em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, a qual conta com uma população estimada de 817.511 habitantes (IBGE, 2020) e apresenta nos últimos anos, elevada taxa de detecção de casos de aids na população de 15 a 24 anos, quando comparada com as taxas do estado da Paraíba e da região nordeste (Figura 7).

Figura 7- Taxa de detecção (100 mil habitantes) de casos de aids em Jovens de 15 a 24 anos, por ano de diagnóstico, no município de João Pessoa- PB

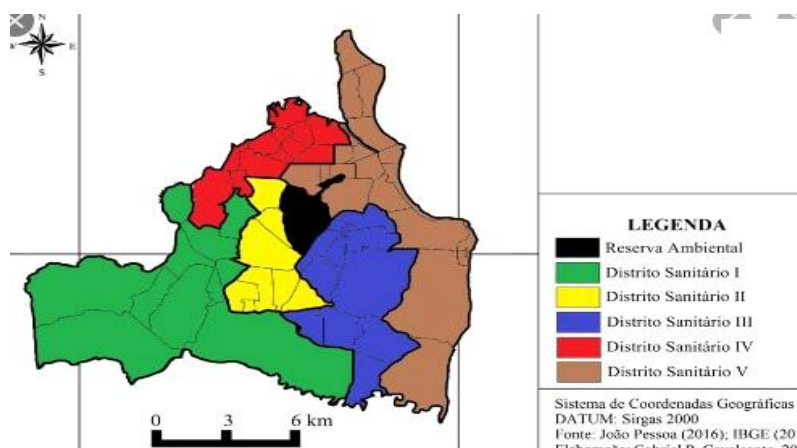


Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

O município de João Pessoa representa a primeira sede dentre as quatro Macrorregiões de Saúde da Paraíba, absorvendo demandas provenientes de todo o estado e de alguns municípios de estados vizinhos, uma vez que oferece serviços especializados e de alta complexidade para a maioria das patologias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

A rede assistencial de saúde organiza-se de forma regionalizada, estruturada em redes - atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar, distribuída em cinco Distritos Sanitários (DS), como pode ser observado na figura 8. Os serviços da atenção primária à saúde são oferecidos por 203 Equipes de Saúde da Família (ESF), perfazendo um percentual de 85% de cobertura populacional. O município ainda disponibiliza cinco Unidades Básicas de Saúde para moradores de áreas que não recebem cobertura das Equipes de Saúde da Família, trinta e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onze equipes de Serviço de Atendimento Domiciliar e quatro equipes de Consultório na Rua (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Figura 8- Distritos Sanitários de Saúde do município de João Pessoa-PB, 2022



Fonte: Google Imagens, 2022.

A Rede de Atenção Especializada é composta por quatro Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, um Centro de Referência Municipal de Inclusão à Pessoas com Deficiência, um Centro de Testagem e Aconselhamento, quatro Centros de Especialidades Odontológicas, quatro Centros de Atenção Psicossocial, sendo um para atendimento infantil e outro referência em álcool e drogas. Complementando a rede de saúde mental, existem quatro Residências Terapêuticas, uma Unidade de Acolhimento Infantil e três Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. O acesso da população a esses serviços ocorre, na maioria dos casos, através de encaminhamentos realizados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no município. A Rede Pública Hospitalar do município é composta por um hospital de Urgência e Emergência em Trauma; um hospital pediátrico, um hospital para cirurgias eletivas, uma maternidade, um Pronto Atendimento em Saúde Mental, três Unidades de Pronto Atendimento e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

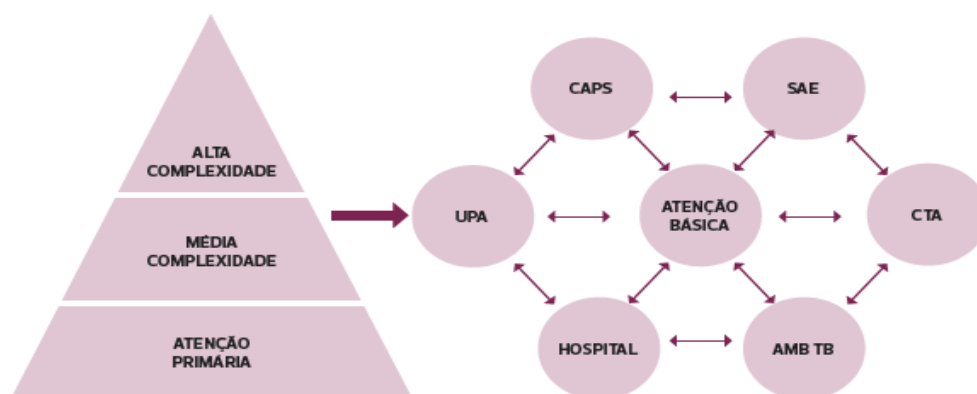
A linha de cuidado à pessoa convivendo com HIV e aids dispõe de um CTA e de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), ambos de gestão municipal. Já no âmbito da esfera estadual, há um hospital de referência no tratamento de doenças infecciosas e transmissíveis e um SAE. Na esfera federal, existe um SAE Familiar referência para atendimento de gestantes e crianças expostas ao HIV (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Os testes rápidos utilizados nos diagnósticos do HIV, sífilis e hepatites virais B e C são distribuídos pelo Ministério da Saúde aos estados que, por sua vez, são responsáveis pela

logística de distribuição destes testes para os seus respectivos municípios. Atualmente, o município de João Pessoa-PB tem 162 (79,8%) ESF com testagens descentralizadas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

A seleção do CTA como cenário da pesquisa se deu em virtude deste serviço ser porta aberta e atender demanda espontânea para realização de diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis. Por pertencerem ao escopo de serviços especializados, de acesso universal e articulados aos demais serviços de saúde, os CTAs são pontos estratégicos da rede de atenção que visam à promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico das ISTs e, em especial, ao atendimento a populações chave e prioritárias, sem restrições territoriais e sem burocracias na rede de cuidado à saúde (BRASIL, 2017). Na figura 9, é possível visualizar o modelo de atenção à saúde e como o CTA está inserido neste contexto (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Figura 9- Mudanças no modelo de atenção



Fonte: DIAHV/SVS/MS (2017), baseado em Mendes (2011).

O CTA de João Pessoa está localizado no Distrito Sanitário I, precisamente no complexo do CAIS de Jaguaribe, que também oferece serviços de atendimento clínico especializado, exames de imagens, unidade de reabilitação, práticas integrativas e complementares do SUS e outros serviços de saúde. O CTA tem uma estrutura física autônoma em relação aos demais serviços, sendo composto por equipe própria e multiprofissional. No espaço físico do CTA funciona também o SAE municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022). O CTA de João Pessoa oferece os seguintes serviços e ações em saúde aos usuários do SUS:

- Assistência farmacêutica com a dispensação de medicamentos: antirretrovirais e antibióticos, por exemplo;

- Consultas médicas especializadas (infecologia, urologia, proctologia) para os casos de HIV/aids (agendados) e de ISTs (demanda espontânea);
- Administração de penicilina para os casos de sífilis adquirida;
- Solicitação, impressão e coletas de exames laboratoriais de CD4/CD8 e de carga viral, nas primeiras consultas após diagnóstico de HIV;
- Aplicação de vacinas para usuários com ISTs – HPV, difteria, tétano e influenza;
- Realização de testagens rápidas para o HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- Atendimento clínico e tratamento dos casos de Vírus do Papiloma Humano (HPV) em mulheres e homens;
- Distribuição de preservativos e gel lubrificante;
- Aconselhamento em ISTs, abordando a educação em saúde e a redução de riscos e vulnerabilidades.

O atendimento para a testagem rápida é realizado de forma sigilosa e humanizada por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro e psicólogo. Estes profissionais dão orientações acerca do resultado do exame, independentemente do *status* sorológico no pós-teste. Nos casos positivos para o HIV e hepatites virais, os usuários têm o agendamento da consulta com o médico infectologista, há a abertura de um prontuário, há solicitações de exames específicos e também é realizada a notificação do caso.

Os resultados dos testes rápidos demoram em torno de 30 minutos, tempo suficiente para a realização da coleta, leitura, interpretação e divulgação. Não se faz necessária uma estrutura laboratorial para a realização dos testes que podem ser feitos com amostra de sangue obtida por punção da polpa digital. Habitualmente, os usuários atendidos no CTA são aqueles que optaram por não acessar uma unidade básica de saúde próxima a sua residência.

3.1.2.1 População e amostra

Definiu-se, como população do estudo, jovens com idade entre 15 e 24 anos, que compareceram no Centro de Testagem e Aconselhamento do município do estudo, para realização da testagem rápida para o HIV. O universo amostral foi determinado, considerando-se, como base populacional, a estimativa média mensal de testes rápidos realizados no CTA (N=500). Foi realizado o cálculo amostral com base na fórmula de

população finita para estudos epidemiológicos, utilizando nível de confiança de 95% e poder de erro de 5%, e um valor antecipado de P (*prevalência*) de 24%, baseando-se na proporção de casos de HIV na faixa etária de 15 a 24 anos registrados no Brasil (BRASIL, 2020).

Assim, o número mínimo de jovens foi determinado pela expressão:

$$n_0 = \frac{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{e^2} \quad n = \frac{n_0}{1 + (n_0 / N)}$$

$$n^0 = \frac{0,24 \cdot (1 - 0,24) \cdot 1,96^2}{0,05^2} = 280,28$$

O tamanho da amostra n foi corrigido pela estimativa média mensal de testes rápidos ($N=500$).

$$n = \frac{280,28}{1 + (280,28/500)} = 180$$

Determinou-se, portanto, um valor mínimo de 180 participantes, sendo acrescido 10% de perdas, deste modo, a amostra foi constituída por 200 jovens.

A seleção dos participantes foi não probabilística, por conveniência (participação voluntária), adotando-se como critério de inclusão: idade entre 15 e 24 anos e status sorológico desconhecido para HIV.

3.1.2.2 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de fontes primárias (entrevistas) com apoio do instrumento validado (APÊNDICE III). Na sua versão final, constam 45 questões de múltipla escolha (em escala tipo Likert) e questões dicotômicas, dividido em três domínios: Domínio I- Sociodemográfico; Domínio II- Socioestrutural; Domínio III- Comportamental.

3.1.2.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2021, após obtenção das permissões institucionais (aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e anuência da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa). Com o encaminhamento em mãos, foi feito um contato com a direção do CTA para formalizar a realização do estudo, que seria desenvolvido em duas etapas: um pré-teste que seria aplicado, em janeiro, e a pesquisa propriamente dita, a partir de fevereiro. Na oportunidade, foi entregue um cronograma do trabalho de campo com a definição de datas, turnos e o pesquisador responsável pela coleta de dados, em conformidade com as normas e as rotinas do serviço.

Para aplicação dos instrumentos, a pesquisa contou com a participação de pesquisadores do NEHAS/UFPB: uma doutoranda, dois mestrandos e uma enfermeira. Todos foram capacitados, previamente, e um manual de orientações e um diário para registros foram elaborados, pela equipe da pesquisa, com o objetivo de padronizar a coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio ambulatório ou em auditório disponibilizado pelo serviço. Como estratégia de recrutamento dos participantes, os jovens eram convidados por ocasião do aconselhamento pré-teste, momento o qual eram orientados, individualmente, sobre os objetivos e importância do estudo. Foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV) e do Termo de Assentimento (APÊNDICE V), para menores de 18 anos, onde as informações referentes aos riscos e benefícios e princípios éticos eram esclarecidos e assinados em duas vias. O intervalo de tempo de espera, entre a realização dos testes rápidos e a divulgação dos resultados, foi oportuno para a execução da coleta de dados, desenvolvida em um tempo médio de 20 minutos.

O processo de realização da coleta de dados sofreu algumas limitações em virtude da pandemia da COVID-19: a baixa procura dos usuários pelos serviços oferecidos no CTA e restrições quanto a permanência de apenas um pesquisador, por turno, para evitar aglomeração de pessoas no serviço. O acolhimento efetivo da equipe do CTA, o apoio da gestão e a disponibilidade da estrutura do serviço proporcionaram um ambiente favorável para a execução da coleta de dados. A suspensão das atividades presenciais nas dependências físicas da UFPB também foi uma condição limitante, pois não foi possível ter acesso aos laboratórios e bibliotecas durante o desenvolvimento da pesquisa.

3.1.2.4 Processamento e análise dos dados

Os dados foram organizados e digitados em dupla entrada e organizados em planilha eletrônica, do programa *Microsoft Excel for Windows*. As inconsistências detectadas foram devidamente corrigidas. Sequencialmente, os dados foram transferidos para a tabela de entrada de dados do *Software Stata* para fins de análise. As variáveis estudadas foram categorizadas conforme suas especificidades.

Empregou-se a análise bivariada, os testes de significância estatística–*qui-quadrado* (χ^2) exato de Fisher para analisar possíveis associações entre as variáveis independentes (sociodemográficas/socioestruturais/comportamentais) e a variável dependente (desfecho sorológico). Considerou-se um valor de $p \leq 0,05$ como resultado estatisticamente significativo.

Para analisar a significância das variáveis independentes sobre a variável dependente, a partir do grau de influência destes resultados como possíveis variáveis preditoras do desfecho estudado e de forma complementar a análise da estatística descrita no parágrafo anterior, empregou-se como métricas de ajustes o Modelo de classificação binária “*Weight of Evidence – WoE*” (Peso de evidência) e *Information Value* (IV).

As medidas do *WoE* e IV estão atreladas aos conceitos da teoria da informação e apresenta uma estrutura robusta na triagem de variáveis para classificadores binários e análise exploratória para modelagem preditiva (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009). De um modo geral, enquanto o *WoE* analisa o poder preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente a partir de previsões testáveis (LIN, 2013), o IV permite avaliar o peso da evidência de um conjunto de variáveis independentes (explicativas) cuja premissa é identificar a ocorrência de uma variável dependente caracterizada por uma variável dicotômica (CARNEIRO, 2019).

Para tanto, as variáveis aleatórias devem ser independentes, conhecidas e analisadas como possíveis variáveis preditoras da variável dependente, que é o desfecho em questão (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009). Com base nesses conceitos, investigou-se a relação entre as variáveis independentes (Sociodemográficas, Socioestruturais e Comportamentais) e a variável dependente (desfecho sorológico para o HIV). A utilização dessas métricas a partir dessas variáveis justifica-se pelos seguintes questionamentos: as informações dessas variáveis contribuíram na previsão do desfecho? Quais variáveis foram mais explicativas frente ao desfecho?

O Modelo de classificação binária WOE opera a partir de variáveis dicotômicas. Por sua vez, o IV, é a soma ponderada dos valores WoE para cada variável, onde os pesos incorporam a diferença absoluta entre o numerador e o denominador. O valor obtido implica na força de uma característica, demonstrando a influência ou a potência preditiva da variável analisada em relação a variável dependente (SIDDIQI, 2006). No quadro abaixo podem ser observados os valores referenciais do IV.

Quadro 1- Valores de referência para o *Information Value* (IV)

Valor da informação (IV)	Poder de predição
$< 0,02$	não preditivo
$0,02 \leq VI < 0,1$	fraca
$0,1 \leq VI < 0,3$	média (ou forte)
$VI \geq 0,3$	muito forte (suspeita)

Fonte: SIDDIQI (2012).

Posteriormente, através do modelo WoE, foi determinada a importância de cada variável independente utilizando a metodologia Sistema de Escores (Score System). Para isso, um índice foi construído para quantificar o risco associado ao desfecho “HIV”. Para cada Domínio, o risco foi categorizado em Baixo, Médio e Elevado, empregando-se medidas de tendência central (tendo como pontos de corte para a classificação os quartis Q1 e Q3) e análise de variância (ANOVA) Robusta de Brown-Forsythe, para confirmação da existência de três grupos distintos.

Sequencialmente, foi realizada a Análise de Correspondência Simples (ACS), para comparar a dimensionalidade do Risco estabelecido pelo método do Score System com base no Valor Informativo do modelo WoE com o Risco autodeclarado pelo jovem, também, categorizado na mesma escala: Baixo, Médio e Alto.

A Análise de Correspondência Simples (ACS) é uma técnica estatística multivariada, adequada para dados categóricos, que permite analisar graficamente as relações existentes entre o conjunto de dados que está sendo estudado. De acordo com Greenacre (2010), o objetivo desta técnica é mostrar geometricamente as variáveis e suas categorias em um espaço de baixa dimensão, de modo que a proximidade no espaço indique associação entre as linhas e colunas. Representada por mapas perceptuais, as relações entre as variáveis categóricas são visualizadas por meio de distâncias, de tal forma que cada objeto é identificado por uma posição espacial, refletindo a relativa similaridade ou preferência em relação a outros objetos, segundo as dimensões nas quais o mapa foi construído.

Categorias com localização próxima na projeção plana têm relação mais forte do que categorias separadas por distâncias maiores. Isto sugere associação entre os eventos que representam, embora nada se cogite sobre significância estatística.

A análise de correspondência oferece informações de contraste entre relações de categorias de variáveis contingenciadas, de modo que uma relação mais forte entre duas categorias em comparação com outras relações não pressupõe efeitos de uma sobre a outra.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, obtendo aprovação sob Parecer Consubstanciado nº 3.935.713 (Anexo I). Todos os trâmites éticos foram seguidos, rigorosamente, em conformidade com as orientações do protocolo de pesquisas contidas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos (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.

Existem três tipos de trabalho: O primeiro é o trabalho teórico, cuja meta final é a verdade. O segundo é o trabalho prático, cujo objetivo é a ação. Mas há um terceiro: o trabalho poético, cujo propósito é “trazer à frente”.

Aristóteles.

4. RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados do estudo. Por se tratar de um estudo que contemplou duas abordagens, este capítulo dividiu-se em duas partes: a primeira, contempla os resultados da validação de conteúdo e da análise semântica do instrumento e a segunda, de natureza quantitativa, de corte transversal, tipo inquérito.

4.1 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

A primeira versão do instrumento foi organizada em 52 itens, distribuídos em 3 Domínios, sendo: **Domínio I**- Sociodemográfico (7 itens); **Domínio II**- Comportamental (19 itens); **Domínio III**- Socioestrutural (26 itens). Ressalta-se que, buscando potencializar a mensuração do fenômeno proposto neste estudo, as possibilidades de respostas que compõem os itens foram elaboradas empregando-se as categorias dicotômica, de múltipla escolha, escala de Likert e abertas para obtenção de informações adicionais e/ou esclarecimentos

O processo de validação ocorreu em duas rodadas de avaliação. Na primeira rodada, dentre os 19 especialistas inicialmente convidados, 14 aceitaram participar do estudo, sendo 12 (85,7%) do sexo feminino, 9 (64,3%) com idade entre 29 e 40 anos, 12 (85,7%) enfermeiros, 8 (42,9%) com título de doutor, 4 (28,6%) atuando na docência, 7 (41,2%) vinculados à Universidade Públicas e 10 (71,4%) procedentes da região nordeste.

A tabela 1 apresenta os resultados da primeira rodada da técnica *Delphi*, cuja validade de conteúdo foi obtida através do IVC, conforme a concordância e a discordância dos especialistas para cada item do questionário.

Tabela 1 – Primeira rodada da técnica Delphi para validação dos itens de avaliação que compõem o Instrumento, a partir da aplicação do teste IVC, pelos especialistas (n=14)

ITEM	DOMÍNIOS	CONCORDÂNCIA	IVC*
Domínio I - Sociodemográfico			
1	Idade	13	0,93
2	Sexo	12	0,86
3	Identidade de gênero	13	0,93
4	Orientação sexual	13	0,93
5	Raça/cor	10	0,71
6	Escolaridade (em anos)	12	0,86
7	Cidade/Bairro que reside	9	0,64
Domínio II- Comportamental			
8	Motivo para realizar o teste	9	0,64
9	Chance de ter adquirido o HIV	12	0,86
10	Preocupação com a possibilidade de ter contraído o HIV	11	0,79

11	Fazer o teste rápido para HIV o ajuda a ficar mais tranquilo	11	0,79
12	Primeira vez que faz o teste rápido para HIV	12	0,86
13	Já fez uso de PEP	12	0,86
14	Já fez uso de PrEP	11	0,79
15	Idade na primeira relação sexual	10	0,71
16	Sua primeira relação sexual foi consentida ou forçada	9	0,64
17	Nos últimos seis meses, quantos parceiros sexuais você teve	14	1,00
18	Com que frequência você usa preservativo	14	1,00
19	Qual(is) prática(s) sexual (is) você costuma fazer	13	0,93
20	Com que frequência você costuma negociar o uso do preservativo com o (a) parceiro (a)	13	0,93
21	Você fez sexo com duas ou mais pessoas ao mesmo tempo	12	0,86
22	Você já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV	11	0,79
23	Qual o atual status sorológico do (a) atual parceiro (a)	13	0,93
24	Você já fez sexo sob o efeito de drogas ilícitas	13	0,93
25	Você já fez sexo sob o efeito de álcool	13	0,93
26	Você já teve diagnóstico de IST	13	0,93
Domínio III- Socioestrutural			
27	Qual o tipo de piso tem a sua casa	7	0,50
28	A sua casa tem acesso a água encanada	12	0,86
29	Você tem aparelho celular	12	0,86
30	Você tem acesso à internet em casa	12	0,86
31	No último mês, você considera que a quantidade de alimentos na sua casa foi suficiente ou insuficiente?	12	0,86
32	Na última semana, você dormiu alguma noite com fome?	12	0,86
33	Qual a sua ocupação atual?	14	1,00
34	Qual o seu status de relacionamento atual?	9	0,64
35	Qual o seu status parenteral?	11	0,79
36	Atualmente, com quem você divide moradia?	11	0,79
37	Você tem suporte financeiro ou material?	11	0,79
38	Qual a sua renda familiar mensal	13	0,93
39	Você já sofreu algum tipo de violência física?	12	0,86
39.1	Caso tenha sofrido violência, quem foi o agressor?	12	0,86
40	Você vivenciou situação de abuso sexual?	12	0,86
40.1	Caso tenha vivenciado situação de abuso sexual, em qual período do ciclo de vida ocorreu?	11	0,79
40.2	Caso tenha vivenciado situação de abuso sexual, por quem a violência foi praticada?	12	0,86
41	Você se sente ou já se sentiu forçado (a) a praticar sexo com o (a) parceiro (a)?	12	0,86
42	Você já teve relacionamentos sexuais em troca de benefícios (pagou ou recebeu dinheiro ou outros itens)?	13	0,93
43	Você já foi discriminado por sua orientação sexual?	11	0,79
43.1	Caso você tenha sofrido discriminação por sua orientação sexual, qual (is) pessoa (s) agiu (ram) de forma desrespeitosa?	12	0,86
44	Você já foi discriminado por sua identidade de gênero?	11	0,79
44.1	Caso você tenha sofrido discriminação por sua identidade de gênero, qual (is) pessoa (s) agiu (ram) de forma desrespeitosa?	12	0,86
45	Você já esteve preso ou institucionalizado?	11	0,79
46	Você já fez algum tratamento psiquiátrico?	12	0,86

47	Qual o primeiro serviço de saúde que procura quando sua situação de saúde exige cuidados?	14	1,00
48	Você teve dificuldades em realizar o teste rápido para o HIV?	11	0,79
49	Você já teve alguma orientação sobre o HIV?	13	0,93
50	Você tem dificuldades em acessar preservativos/gel lubrificantes gratuitos?	13	0,93
51	Você teve ou tem alguma dificuldade em ter acesso ao CTA?	13	0,93
52	Quão satisfeito você ficou com o atendimento recebido no CTA?	13	0,93

* IVC- Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao item.

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

Do total de 52 itens propostos, 19 (36,5%) obtiveram IVC inferior a 0,80. No **Domínio Sociodemográfico**, com sete itens, dois apresentaram na primeira rodada, concordância abaixo do esperado. O item 5, referente a “*raça/cor*” foi reformulado, considerando as categorias de reposta do IBGE. Quanto ao item 7- “*bairro de residência*”, optou-se pela sua manutenção, pela possibilidade de tecer análises georreferenciadas das informações.

O **Domínio Comportamental** foi constituído por 19 itens, dos quais sete necessitaram de reformulações. Nos itens 8 (“*motivo para realizar o teste*”) e 22 (“*já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV*”) foram adicionadas categorias de reposta. Os itens 10 e 11 foram removidos, pois, de acordo com as opiniões dos especialistas, não possuíam representatividade avaliativa. Também foi possível observar dificuldade na compreensão dos itens 14 e 16, os quais foram reescritos a fim de proporcionar melhor clareza aos especialistas. O item 15 (“*idade na primeira relação sexual*”) foi mantido, pela sua relevância para a avaliação em nível individual.

O **Domínio Socioestrutural**, constituído pelos itens de 27 a 52, foi o que obteve maior número de retificações. Observou-se que dez itens não alcançaram $IVC \geq 0,80$. Os especialistas sugeriram que nos itens 34, 35, 43 e 44 fossem incluídas novas categorias de respostas e nos itens 36, 37 e 48 fossem adicionados campos para reposta aberta. O item 40.1, teve sua redação reformulada para que ficasse mais adequado e compreensível. Os itens 27 e 45 foram questionados quanto a sua relevância, entretanto, optou-se por mantê-los, dada sua importância social para a compreensão do fenômeno estudado.

A conduta acima descrita está alinhada com a recomendação de que a discordância dos especialistas poderá ser reavaliada pelos pesquisadores, a depender do julgamento de quem faz a pesquisa ou se faz necessário elaborar uma instrução mais adequada com o intuito de orientar melhor o julgamento dos especialistas para, assim, reduzir as possibilidades de vieses na interpretação dos itens (PASQUALI, 1999).

Observou-se que alguns itens do Domínio Socioestrutural não foram devidamente compreendidos pelos especialistas, uma vez que o modelo teórico do estudo, não é muito conhecido no cenário nacional. Desta forma, na segunda rodada, cada item foi explicitado na perspectiva de oferecer maior fundamentação para o julgamento dos especialistas.

Quanto a aparência do instrumento, os especialistas sugeriram inverter as ordens dos Domínios II (Comportamental) e III (Socioestrutural), uma vez que a relação de confiabilidade entre o entrevistador e o sujeito da pesquisa poderia ser potencializada se os itens comportamentais fossem abordados por último, já que se trata de aspectos relacionados à comportamentos sexuais. Em concordância com os especialistas, a ordem de apresentação dos domínios passou a ser: Domínio I – Sociodemográfico, Domínio II – Socioestrutural e Domínio III – Comportamental.

Concluída a fase de revisão e readequação, a segunda versão do instrumento foi reestruturada com 50 itens. O instrumento foi enviado aos 14 especialistas que participaram da primeira rodada da técnica *Delphi*, no entanto, apenas 10 especialistas contribuíram na segunda rodada. Após a devolução do instrumento, as respostas foram tratadas e analisadas segundo a concordância dos especialistas e o IVC dos itens, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Segunda rodada da técnica *Delphi* para validação dos itens de avaliação que compõem o Instrumento, a partir da aplicação do teste IVC, pelos especialistas (n=10)

ITEM	DOMÍNIOS	CONCORDÂNCIA	IVC*
Domínio I - Sociodemográfico			
1	Idade	10	1,00
2	Sexo	10	1,00
3	Identidade de gênero	8	0,80
4	Orientação sexual	9	0,90
5	Raça/cor	10	1,00
6	Escolaridade (em anos)	10	1,00
7	Procedência	10	1,00
Domínio II- Socioestrutural			
8	Qual a sua ocupação atual?	10	1,00
9	Qual o status do seu relacionamento atual?	10	1,00
10	Qual o seu status parental?	8	0,80
11	Atualmente, com quem você divide moradia?	10	1,00
12	Quantas pessoas dividem a moradia com você?	9	0,90
13	Qual a sua renda familiar mensal?	10	1,00
14	Você tem suporte financeiro ou material?	10	1,00
15	Qual o tipo de piso tem a sua casa?	7	0,70
16	Sua casa é:	10	1,00
17	Você tem telefone celular?	10	1,00
18	Você tem acesso a internet?	10	1,00
19	No último mês, você considera a quantidade de alimentos na sua casa foi:	9	0,90
20	Na última semana, você dormiu alguma noite com fome?	7	0,70
21	Você já esteve preso ou institucionalizado?	9	0,90

22	Você já fez algum tratamento psiquiátrico?	9	0,90
23	Você já teve relações sexuais em troca de benefícios?	8	0,80
24	Você já foi discriminado por sua orientação sexual?	10	1,00
25	Caso você tenha sofrido discriminação por sua orientação sexual, qual (is) pessoa (s) agiu (ram) de forma desrespeitosa?	9	0,90
26	Você já foi discriminado por sua identidade de gênero?	9	0,90
27	Caso você tenha sofrido discriminação por sua identidade de gênero, qual (is) pessoa (s) agiu (ram) de forma desrespeitosa?	9	0,90
28	Você já sofreu algum tipo de violência sexual?	9	0,90
29	Caso tenha sofrido violência sexual, quem foi o agressor?	9	0,90
30	Qual o primeiro serviço que você procura quando sua situação de saúde exige cuidados?	10	1,00
31	Você já recebeu alguma orientação para prevenção do HIV?	10	1,00
32	Você teve dificuldade em realizar o teste rápido para HIV?	10	1,00
33	Você tem dificuldade em adquirir preservativos?	10	1,00
34	Você tem ou teve alguma dificuldade em ter acesso ao CTA?	9	0,90
35	O quão satisfeito você ficou com o atendimento recebido no CTA?	9	0,90
Domínio III- Comportamental			
36	É a primeira vez que busca o teste rápido para o HIV?	10	1,00
37	Qual o motivo para realizar o teste?	10	1,00
38	Qual foi a sua idade na primeira relação sexual?	8	0,80
39	Sua primeira relação sexual foi consentida?	10	1,00
40	Você já teve diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível?	10	1,00
41	Alguma vez teve exposição (contato sexual desprotegido, acidente com agulhas) e fez uso de medicação para reduzir o risco da infecção pelo HIV?	10	1,00
42	Você já fez ou faz uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao risco de adquirir o HIV?	9	0,90
43	Qual o risco de você ter adquirido o HIV?	9	0,90
44	Nas suas relações sexuais, com que frequência você utiliza o preservativo?	10	1,00
45	Você tem dificuldade de negociar o uso do preservativo com seu (sua) parceiro (a)?	10	1,00
46	Qual (is) prática (s) sexual (is) você costuma fazer?	9	0,90
47	Você já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV?	9	0,90
48	Qual o status sorológico do seu (sua) atual parceiro (a)?	9	0,90
49	Você ingere bebida alcoólica?	10	1,00
50	Você usa ou já usou drogas ilícitas injetáveis?	10	1,00

* IVC- Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao item.

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

Na segunda rodada de validação do instrumento, apenas os itens 15 (“qual o tipo de piso tem sua casa?”) e 20 (“na última semana, você dormiu alguma noite com fome?”) foram avaliados com escores inferiores a 0,80 e ambos compunham o Domínio Socioestrutural. Após a revisão chegou-se ao consenso de que os mesmos não satisfaziam os critérios da pesquisa, portanto foram excluídos do instrumento. Ainda no Domínio Socioestrutural, foi sugerida a adequação de 3 itens (25, 27 e 29), os quais foram inseridos como subitem de

questões anteriores e, por isso, deixaram de ser questões específicas, reduzindo, portanto, o número de questões no instrumento.

Dois especialistas discordaram da permanência do item 38 (“*qual foi a sua idade na primeira relação sexual*”?), pois o consideraram ‘invasivo’ e poderia gerar algum tipo de constrangimento aos sujeitos da pesquisa. Apesar da legitimidade da ressalva dos especialistas e acatando as concordâncias dos demais, as pesquisadoras julgaram pertinente manter o item no instrumento já que a precocidade no início das atividades sexuais pode ser um fator de risco para o HIV (FERREIRA; TORGAL, 2011; COSTA *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O instrumento passou por readequações e revisões durante e após a finalização das duas etapas de julgamento dos especialistas. Concluído o processo de validação de conteúdo, o instrumento, em sua versão final, foi intitulado **Avaliação Socioestrutural e Comportamental – ASECOMP-HIV** e estruturado com 45 itens: 7 itens no Domínio I- Sociodemográfico; 23 no Domínio II- Socioestrutural e 15 no Domínio III- Comportamental.

4.1.1 Índice de Fidedignidade aplicado aos domínios (IFD) e Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento (IVI)

Na primeira etapa de validação, o Índice de Fidedignidade aplicado aos Domínios (IFD) foi obtido através do quantitativo de itens que tiveram o IVC acima de 0,80, dividido pelo total de itens em cada domínio (Domínio I – 7 itens, Domínio II – 23 itens e Domínio III – 15 itens). O Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento (IVI) foi mensurado a partir da somatória dos IFD, dividido pelo quantitativo de domínios (3). O quadro abaixo apresenta os valores dos índices encontrados:

Quadro 2- Índice de Fidedignidade aplicado aos Domínios (IFD) e Índice de Validade de Conteúdo aplicado ao Instrumento (IVI)

Domínios	IFD 1ª etapa	IVI 1ª etapa	IFD 2ª etapa	IVI 2ª etapa
Domínio I	0,84	0,83	0,96	0,95
Domínio II	0,85		0,94	
Domínio III	0,84		0,95	

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

4.1.2 Análise Semântica: Pré-Teste

Finalizada a contribuição dos especialistas, em que se considere o procedimento empírico, iniciou-se a análise semântica do instrumento através das informações válidas e obtidas na etapa de validação de conteúdo.

O pré-teste foi realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento, de João Pessoa-PB, e foi possível a aplicabilidade de 17 questionários (amostra por conveniência). Durante as entrevistas, verificou-se a pertinência do instrumento para a coleta de dados, constatando que as sugestões dos especialistas estavam adequadas a exequibilidade da pesquisa.

Ao finalizar a análise semântica, três itens precisaram de adequações. No item 11 (*“atualmente, com quem você divide moradia”*), foi acrescido como categoria de resposta a opção “filhos”. Embora a população amostral seja composta de jovens de 15 a 24 anos, muitos deles já constituíram sua própria família e, por isso, o acréscimo desta categoria de resposta se fez necessária. No item 26.1, a substituição da palavra ‘de quem’ para ‘onde’, se justificou pela importância de identificar a instituição responsável pela realização de ações de prevenção ao HIV para os jovens. No item 32 (*“qual o motivo para realização do teste atual”*) foi acrescido como categoria de resposta a opção ‘gestação’, uma vez que foi expressivo o quantitativo de mulheres grávidas a procura do CTA para realização das testagens rápidas para as ISTs.

A análise semântica foi uma etapa imprescindível no aprimoramento e finalização do instrumento, uma vez que se tornou possível antever problemas e dúvidas que poderiam surgir durante a aplicação do instrumento, durante a fase da coleta de dados. O instrumento se mostrou exequível e pronto para ser aplicado na população do estudo e sua versão final encontra-se no Apêndice III.

4.2 ESTUDO TRANSVERSAL

A partir do instrumento validado, conduziu-se o estudo transversal, na perspectiva de analisar os fatores sociodemográficos, socioestruturais e comportamentais associados ao risco da infecção pelo HIV na população jovem.

4.2.1 Variáveis Sociodemográficas segundo Desfecho Sorológico

Do total de 200 jovens investigados, 04 apresentaram teste rápido reagente para HIV. A prevalência de soropositividade observada neste grupo de jovens foi de 2,0%. Entre as

características sociodemográficas estudadas, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as variáveis independentes: **sexo** ($p=0,036$) e **orientação sexual** ($p=0,012$) em relação ao desfecho sorológico (Tabela 1).

Observa-se que todos os casos associados aos desfechos sorológicos positivos para HIV foram registrados em jovens do sexo masculino, apresentando uma prevalência de 4,6%. Apesar de não obter diferenças significativas, percebe-se maior prevalência do HIV entre os jovens na faixa etária de 20-24 anos (2,5%), de cor parda (3,5%) e com média escolaridade (2,6%).

Tabela 3 - Associação entre variáveis sociodemográficas e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021

Variáveis	Total n (%)	Teste rápido para HIV		p-valor *
		Positivo n (%)	Negativo n (%)	
Idade				
15 a 19 anos	78 (39,0)	1 (1,3)	77 (98,2)	1,000
20 a 24 anos	122 (61,0)	3 (2,5)	119 (97,5)	
Sexo				
Masculino	88 (44,0)	4 (4,6)	84 (95,4)	0,036
Feminino	112 (56,0)	-	112 (100,0)	
Identidade de Gênero				
Homem	85 (42,5)	4 (4,7)	81 (95,3)	0,110
Mulher	111 (55,5)	-	111 (100,0)	
Homem trans	1 (0,5)	-	1 (100,0)	
Mulher trans	3 (1,5)	-	3 (100,0)	
Orientação sexual				
Heterossexual	129 (64,5)	-	129 (100,0)	0,012
Homossexual	45 (22,5)	4 (8,9)	41 (91,1)	
Bissexual	21 (10,5)	-	21 (100,0)	
Pansexual	5 (2,5)	-	5 (100,0)	
Raça/cor				
Branco	48 (24,0)	-	48 (100,0)	0,399
Pardo	115 (57,5)	4 (3,5)	111 (96,5)	
Preto	35 (10,5)	-	35 (100,0)	
Outros	2 (1,0)	-	2 (100,0)	
Escolaridade **				
Baixa	32 (16,0)	-	32 (100,0)	1,000
Média	114 (57,0)	3 (2,6)	111 (97,4)	
Alta	54 (27,0)	1 (1,9)	53 (98,1)	

*Teste exato de Fischer.

** “**Baixa escolaridade**”, classificados como ensino fundamental incompleto; “**média escolaridade**” referentes a fundamental completo, médio incompleto/completo e “**alta escolaridade**” ensino superior incompleto ou completo.

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

4.2.2 Variáveis Socioestruturais segundo desfecho sorológico

Na perspectiva de facilitar a visualização e posteriormente fundamentar a discussão, optou-se por apresentar as variáveis que compõem o Domínio Socioestrutural em duas tabelas. A tabela 4 agrega as variáveis relacionadas às redes de relacionamentos humanos (familiares, sociais e sexuais), recursos econômicos, assistência financeira, práticas sociais discriminatórias, histórico de abusos, encarceramento e sofrimento mental. Na tabela 5 foram reunidas as variáveis relacionadas a acessibilidade aos insumos e serviços em saúde.

Na tabela 4, no uso do teste de associação ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), apenas as variáveis “*reside com* ($p=0,024$)”, “*relacionamentos sexuais em troca de benefícios* ($p=0,019$)” e “*discriminação por orientação sexual* ($p=0,007$)” foram estatisticamente significativas. Entre os jovens que residiam sozinhos/amigos a soroprevalência foi de 8,8%, entre aqueles que já fizeram sexo em troca de benefícios foi de 16,7% e entre aqueles discriminados por sua orientação sexual a prevalência do HIV foi de 7,1%.

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 do HIV em jovens sem relacionamento (8,3%), com renda igual ou inferior a um salário-mínimo (3,3%), com histórico de tratamento psiquiátrico (5,4%) e que já sofreu algum tipo de abuso/violência sexual (5,6%).

Tabela 4 - Associação entre variáveis socioestruturais e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021

		Teste rápido para HIV		p-valor*
Variáveis	Total n (%)	Positivo	Negativo (n=	
		(n=4) n (%)	196) n (%)	
Ocupação				
Estudante	68 (34,0)	2 (2,9)	66 (97,1)	0,938
Trabalha	60 (30,0)	1 (1,7)	59 (98,3)	
Estuda e trabalha	22 (11,0)	-	22 (100,0)	
Do lar	22 (11,0)	-	22 (100,0)	
Desempregado	27 (13,5)	1 (3,7)	26 (96,3)	
Aposentado	1 (0,5)	-	1 (100,0)	
Status de relacionamento atual				
Relacionamento fixo	128 (64,0)	1 (0,8)	127 (99,2)	0,057
Relacionamento casual	19 (9,5)	-	19 (100,0)	
Relacionamento com mais de um parceiro	11 (5,5)	-	11 (100,0)	
Sem relacionamento	42 (21,0)	3 (8,3)	39 (91,7)	

Status parental				
Pais vivos	171 (85,5)	3 (1,8)	168 (98,2)	0,165
Órfão de mãe	5 (2,5)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Órfão de pai	24 (12,0)	-	24 (100,0)	
Reside com				
Núcleo familiar	106 (53,0)	1 (0,9)	105 (99,1)	0,024
Núcleo familiar extensivo	60 (30,0)	-	60 (100,0)	
Sozinho/amigo	34 (17,0)	3 (8,8)	31 (91,2)	
Renda familiar (n=198)				
≤1 salário	60 (30,0)	2 (3,3)	58 (96,7)	0,642
>1 a ≤ 3 salários	106 (53,0)	2 (1,9)	104 (98,1)	
> 3 salários	32 (16,0)	-	32 (100,0)	
Não sei	2 (1,0)	-	2 (100,0)	
Suporte financeiro ou material				
Sim	93 (46,5)	3 (3,2)	90 (96,7)	0,340
Não	107 (53,5)	1 (0,9)	106 (99,1)	
No último mês, quantidade de alimentos na sua casa				
Suficiente	189 (94,5)	4 (2,1)	185 (97,9)	0,796
Insuficiente	11 (5,5)	-	11 (100,0)	
Preso ou institucionalizado				
Sim	7 (3,5)	-	7 (100,0)	1,000
Não	193 (96,5)	4 (2,1)	189 (97,9)	
Histórico de tratamento psiquiátrico				
Sim	37 (18,5)	2 (5,4)	35 (94,6)	0,157
Não	163 (81,5)	2 (1,2)	161 (98,8)	
Sexo em troca de benefícios				
Sim	12 (6,0)	2 (16,7)	10 (83,3)	0,019
Não	188 (94,0)	2 (1,1)	186 (98,9)	
Discriminado(a) pela identidade de gênero				
Sim	27 (13,5)	1 (3,7)	26 (96,3)	0,443
Não	173 (88,5)	3 (1,7)	170 (98,3)	
Discriminado (a) pela orientação sexual:				
Sim	56 (28,0)	4 (7,1)	52 (92,9)	0,007
Não	142 (71,0)	-	142 (100,0)	
Prefiro não responder	2 (1,0)	-	2 (100,0)	
Sofreu algum tipo de violência/abuso sexual				
Sim	54 (27,0)	3 (5,6)	51 (94,4)	0,061
Não	146 (73,0)	1 (0,7)	145 (99,3)	

*Teste exato de Fisher

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

Seguindo com a análise do contexto socioestrutural, na tabela 5 é possível constatar que nenhuma das seis variáveis apresentaram significância estatística. Todavia destaca-se que apenas 42% dos jovens procuram o serviço da Atenção Primária à Saúde como primeira

escolha para o cuidado e acesso aos serviços de saúde, 86,5% receberam orientações sobre formas de prevenção ao HIV, 91% relataram não ter dificuldades em ter acesso ao preservativo e 73,5% não tiveram dificuldade para realizar o teste rápido.

Quanto a acessibilidade ao CTA, 17% dos jovens relataram ter dificuldade de acesso, contudo, ressalta-se que esta dificuldade estava associada, majoritariamente, a localização geográfica devido a inexistência de placas de orientação com a sinalização da direção dos serviços uma vez que existem outros serviços de saúde dentro do complexo. Quanto a satisfação com o atendimento recebido no CTA, percebe-se quase uma unanimidade (95%) de jovens satisfeitos com o serviço.

Tabela 5 - Associação entre variáveis socioestruturais, com ênfase no acesso aos insumos e serviços em saúde, e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021

Variáveis	Total n (%)	Teste rápido para HIV		p-valor
		Positivo (n=4) n (%)	Negativo (n=196) n (%)	
Primeiro serviço acessado quando situação de saúde exige cuidados				
Atenção Básica	84 (42,0)	1 (1,2)	83 (98,8)	0,641
Outros (UPA, Hospital público, serviços particulares)	116 (58,0)	3 (2,6)	113 (97,4)	
Recebeu orientação de prevenção ao HIV				
Sim	173 (86,5)	2 (1,2)	171 (98,8)	0,089
Não	27 (13,5)	2 (7,4)	25 (92,6)	
Dificuldade em adquirir preservativos				
Sim	18 (9,0)	-	18 (100,0)	1,000
Não	182 (91,0)	4 (2,2)	178 (97,8)	
Dificuldade em realizar o TR para HIV (atual):				
Sim	53 (26,5)	-	53 (100,0)	0,575
Não	147 (73,5)	4 (2,7)	143 (97,3)	
Dificuldade de acesso ao CTA				
Sim	34 (17,0)	1 (2,9)	33 (97,1)	0,528
Não	166 (83,0)	3 (1,8)	163 (98,2)	
Satisfação com o atendimento recebido no CTA				
Sim	190 (95,0)	4 (2,1)	186 (97,2)	1,000
Não	10 (5,0)	-	10 (100,0)	

TR- Teste Rápido CTA- Centro de Testagem e aconselhamento

*Teste exato de Fisher

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

4.2.3 Variáveis Comportamentais segundo desfecho sorológico

A associação entre as variáveis comportamentais e o desfecho sorológico para infecção pelo HIV é visualizada na tabela 6. Das quinze variáveis analisadas no contexto comportamental, apenas “*percepção de risco de ter adquirido o HIV*” ($p=0,048$), “*sexo vaginal*” ($p=0,002$) e “*relacionou com alguém soropositivo para o HIV*” ($p=0,019$) foram estatisticamente significantes.

Entre os jovens que se autoavaliaram na categoria “alto risco”, a soroprevalência foi de 12,5% e os que mencionaram “não sei” foi de 5,3%. Entre os que relataram não fazer sexo vaginal, a soroprevalência foi de 2,5% e para aqueles que se relacionaram com alguém com status sorológico positivo para a infecção, a soroprevalência foi de 12,5%.

As demais variáveis, ainda que tenha sido evidenciado semelhança de proporções e a não existência de associação com a soroprevalência do HIV, destaca-se algumas especificidades do comportamento sexual, que influencia o risco de adquirir a infecção. No que diz respeito ao uso do preservativo durante as relações sexuais, 86% dos jovens deixaram de usar este insumo em algum momento e 1,8% dos jovens com resultado positivo para o HIV disseram usar “às vezes” o preservativo. Curiosamente, entre aqueles jovens que afirmaram “sempre” utilizar o preservativo nas relações sexuais, a soroprevalência foi de 7,1%.

Ainda se verificou maior soroprevalência para HIV em jovens com idade acima de 18 anos (4,7%) e que relataram alguma dificuldade em negociar o uso do preservativo (6,1%), realizavam prática sexual anal insertiva (4,2%), apresentaram histórico de IST (5,6%), fizeram uso da Profilaxia Pós Exposição (16,7%) e consumo de drogas ilícitas (4,9%).

Tabela 6 - Associação entre variáveis comportamentais e o desfecho sorológico para HIV em jovens. João Pessoa-PB, 2021

Variáveis	Total	Teste rápido para HIV		p-valor*
		Positivo (n=4)	Negativo (n=196)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
1ª vez que busca o TR para HIV				
Sim	78 (39,0)	1 (1,3)	75 (98,7)	1,000
Não	124 (61,0)	3 (2,4)	121 (97,6)	
Motivo para o teste atual				
Exposição sexual	78 (39,0)	3 (3,9)	75 (96,1)	0,053
Gestação	82 (41,0)	-	82 (100,0)	
Curiosidade	12 (6,0)	1 (8,3)	11 (91,7)	
Exame de rotina	28 (14,0)	-	28 (100,0)	

Idade na primeira relação sexual				
< 12 anos	5 (2,5)	-	4 (100,0)	
≥ 12 a ≤ 18	171 (85,5)	3 (1,9)	169 (98,1)	0,422
> 18 anos	21 (10,5)	1 (4,7)	20 (95,2)	
Primeira relação sexual consentida				
Sim	189 (94,5)	3 (1,6)	186 (98,4)	
Não	11 (5,5)	1 (9,0)	10 (91,0)	0,204
Histórico de IST				
Sim	36 (18,0)	2 (5,6)	34 (94,4)	
Não	164 (82,0)	2 (1,2)	162 (98,8)	0,319
Uso de Profilaxia Pós Exposição (PEP)				
Sim	6 (3,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	
Não	194 (97,0)	3 (1,6)	191 (98,4)	0,116
Uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)				
Sim	1 (0,5)	-	1 (100,0)	
Não	199 (99,5)	4 (2,0)	195 (98,0)	1,000
Risco de ter adquirido o HIV				
Baixo	126 (63,0)	1 (0,8)	125 (99,2)	
Moderado	28 (14,0)	-	28 (100,0)	
Alto	8 (4,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	0,048
Não sei	38 (19,0)	2 (5,3)	36 (94,7)	
Nas suas relações sexuais, com que frequência você utiliza o preservativo				
Sempre	28 (14,0)	2 (7,1)	26 (92,9)	
As vezes	116 (58,0)	2 (1,8)	114 (98,2)	0,113
Nunca	56 (28,0)	-	56 (100,0)	
Dificuldade de negociar o uso de preservativo com o (a) parceiro (a)				
Sempre	24 (12,0)	-	24 (100,0)	
As vezes	49 (24,5)	3 (6,1)	46 (93,9)	0,118
Nunca	127 (63,5)	1 (0,8)	126 (99,2)	
Prática sexual				
Vaginal	155 (79,5)	-	155 (100,0)	
Não Vaginal	45 (20,5)	4 (8,9)	41 (91,1)	0,002
Prática sexual				
Anal insertivo	72 (36,0)	3 (4,2)	69 (95,8)	
Anal não insertivo	128 (64,0)	1 (0,8)	127 (99,2)	0,134
Prática sexual				
Anal receptivo	82 (41,0)	3 (3,7)	79 (96,3)	
Anal não receptivo	118 (59,0)	1 (0,8)	117 (99,2)	0,307
Prática sexual				
Oral	160 (80,0)	4 (2,5)	156 (97,5)	
Não oral	40 (20,0)	-	40 (100,0)	0,586
Relacionou com alguém soropositivo para o HIV				
Sim	8 (4,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	0,019

Não	82 (42,0)	3 (3,7)	79 (96,3)	
Não sei	110 (54,0)	-	110 (100,0)	
Status sorológico do (a) atual parceiro (a):				
HIV negativo	69 (34,5)	-	69 (100,0)	
HIV positivo	4 (2,0)	-	4 (100,0)	
Não sei	85 (42,5)	1 (1,2)	84 (98,8)	0,258
Não está se relacionando no momento	42 (21,0)	3 (7,1)	39 (92,9)	
Ingere bebida alcóolica				
Sim	108 (54,0)	2 (1,9)	104 (89,1)	
Não	98 (46,0)	2 (2,1)	92 (97,9)	1,000
Usa/usou drogas ilícitas:				
Sim	62 (31,0)	3 (4,9)	59 (95,1)	
Não	138 (69,0)	1 (0,7)	137 (99,3)	0,089

TR- Teste Rápido

*Teste exato de Fisher

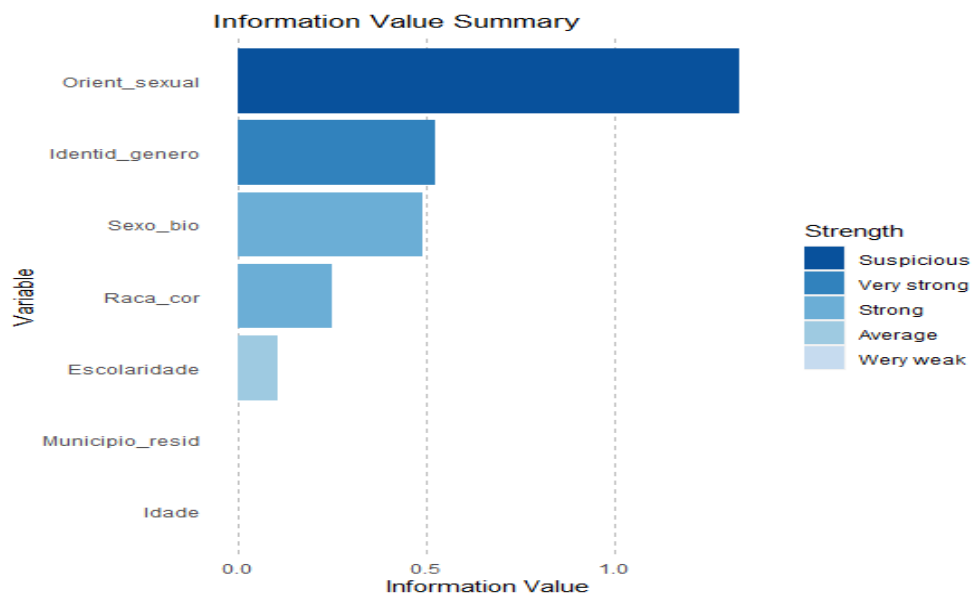
Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

4.2.4 Modelo de Classificação Binária *Weight Of Evidence* (WoE)

Ao utilizar o modelo de classificação binária WoE foi possível estimar, para cada domínio, o peso de evidência de modo independente para cada uma das variáveis, ou seja, o grau de força de cada variável explicativa com implicação no desfecho. O modelo WoE é considerado um modelo exploratório e não inferencial, logo ele foi utilizado como uma ferramenta que auxiliou a tomada de decisão. O Valor Informativo (VI), por sua vez, evidenciou o impacto de cada variável, isoladamente, dentro da análise conjunta com as demais variáveis inerentes a seus respectivos domínios (I- Sociodemográfico, II- Socioestrutural e III- Comportamental).

No **Domínio I- Sociodemográfico**, verificou-se que a variável “*orientação sexual*”, apresentou poder preditivo muito forte/suspeito, sendo, portanto, uma variável influente na obtenção do desfecho. As variáveis “*identidade de gênero*”, “*sexo biológico*”, “*raça/cor*”, variaram entre forte e muito forte conforme o valor informativo atribuído. A “*escolaridade*” foi a variável menos influente no desfecho ($0,1 \leq VI < 0,3$). Por outro lado, as variáveis “*município de residência*” e “*idade*” não apresentaram valor preditivo, logo para o modelo WoE, estas duas variáveis apresentaram uma baixa relação com a variável dependente e, por isso, poderiam ser excluídas da análise (Gráfico 1).

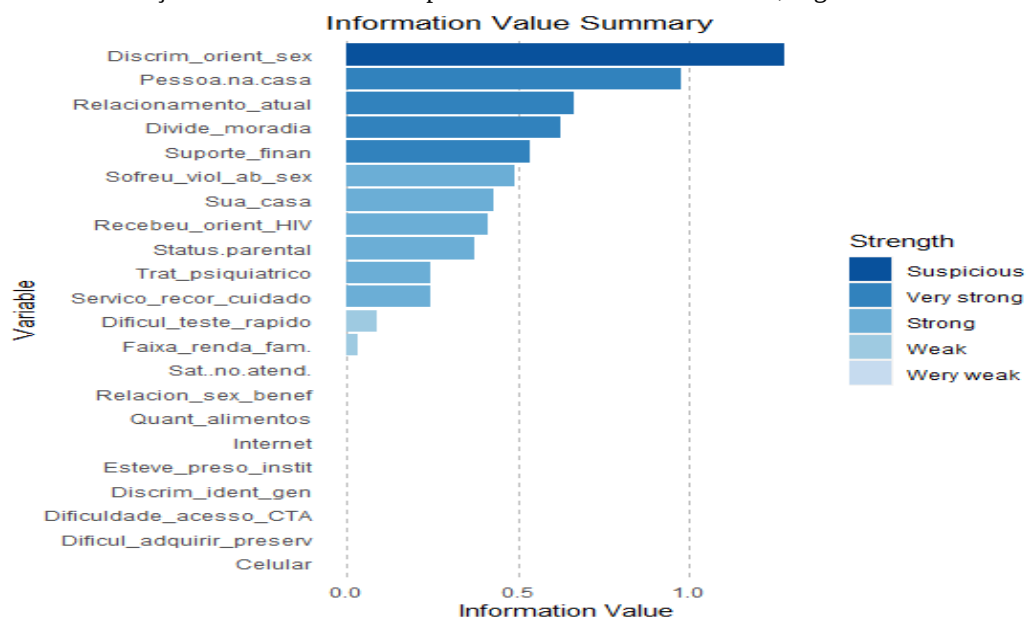
Gráfico 1 - Classificação do valor informativo para as variáveis sociodemográfico, segundo o modelo WoE



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

No **Domínio II- Socioestrutural**, observou-se que a variável “*você já foi discriminado (a) por sua orientação sexual*” apresentou poder preditivo muito forte/suspeito. Variáveis referentes a rede social (“*pessoa na casa*”, “*relacionamento atual*”, “*divide moradia*”, “*suporte financeiro*”) apresentaram poder preditivo muito forte, sendo, portanto, variáveis influentes na obtenção do desfecho (Gráfico 2).

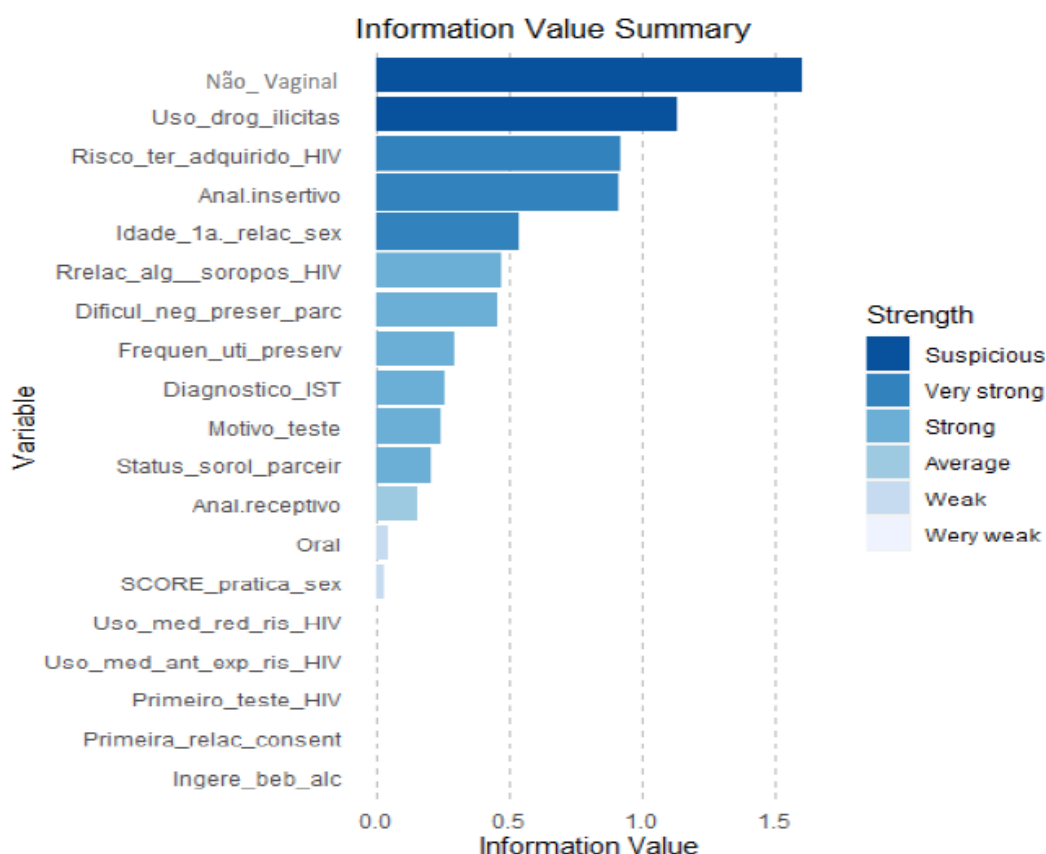
Gráfico 2 - Classificação do valor informativo para as variáveis socioestruturais, segundo o modelo WoE



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Quanto ao **Domínio III- Comportamental**, verificou-se evidência de que as seguintes variáveis foram preditoras para explicar o desfecho: “*sexo não vaginal*” e “*uso de drogas ilícitas*” (muito forte/suspeito), “*risco de ter adquirido HIV*”, “*prática sexual anal insertiva*” e “*idade da primeira relação sexual*” (muito forte) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Classificação do valor informativo para as variáveis comportamentais, segundo o modelo WoE



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

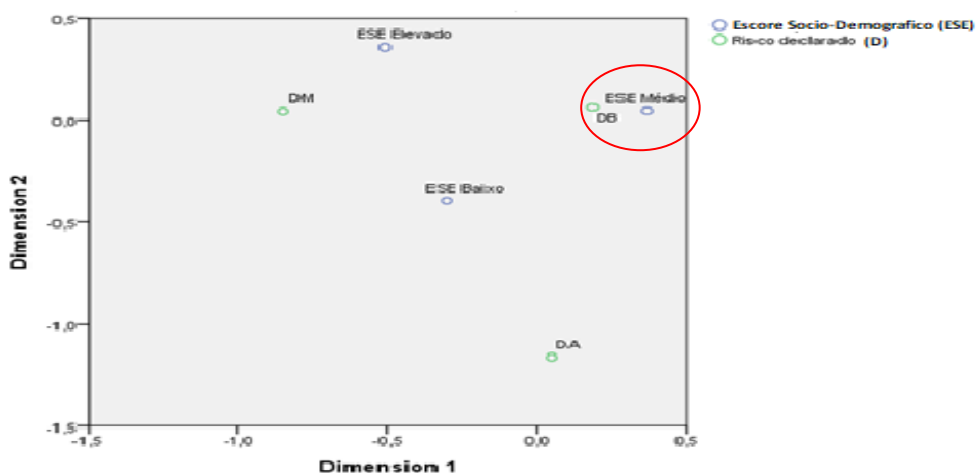
4.2.5 Risco Geral Estimado e Risco Autodeclarado

A Análise de Correspondência Simples (ACS) derivou duas dimensões para a projeção plana das categorias das variáveis. A maior ou menor amplitude destes dados expressa-se pelas associações existentes entre as variáveis do Escore de Risco Geral Estimado em cada domínio (Sociodemográfico, Socioestrutural e Comportamental), através do modelo do Escore System, e do risco autodeclarado pelo jovem também em cada domínio.

No gráfico 4, observa-se correspondência entre o risco médio, do Escore do domínio Sociodemográfico (ESE-M), e o risco autodeclarado baixo (DB) pelo jovem. Em

contrapartida, a distância entre as projeções de Risco Elevado (ESE-E) e Risco autodeclarado aumentado (DA) mostra grande dissimilaridade entre elas. Portanto, nesta amostra há divergência ou pouca confluência entre o escore sociodemográfico identificado pelo modelo e o risco percebido pelos jovens.

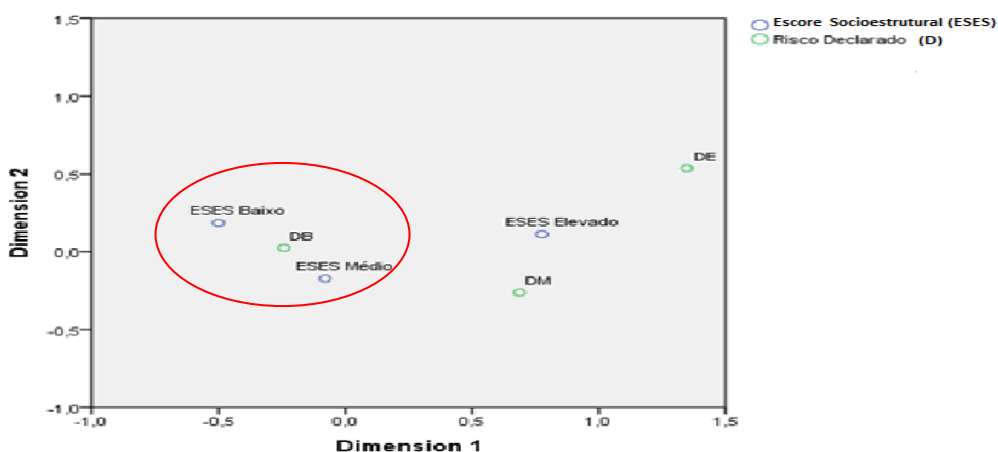
Gráfico 4 - Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Sociodemográfico (ESE) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

O Gráfico 5, que corresponde ao domínio de “Risco Socioestrutural”, embora houvesse uma diminuição da amplitude (maior força de associação) entre os riscos definidos pelo Escore System e os riscos autodeclarados, foi possível identificar que os riscos considerados baixo (ESES-B) e médio (ESES-M), pelo Escore System, foram autodeclarados pelo jovem como risco baixo (DB).

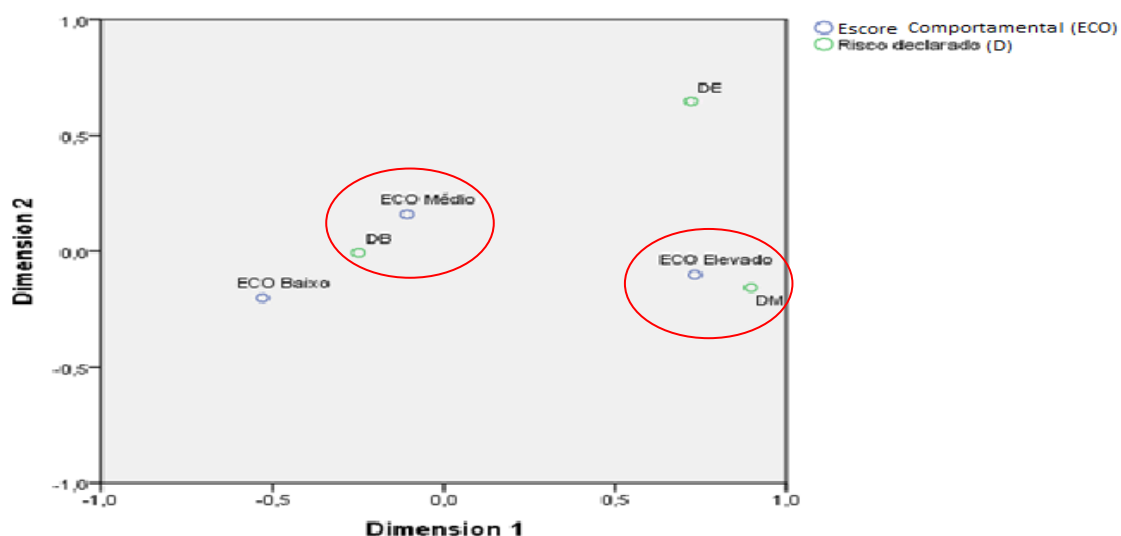
Gráfico 5- Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Socioestrutural (ESES) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021



Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

No gráfico 6, duas situações interessantes podem ser destacadas: na primeira, visualiza-se que o risco classificado como médio, pelo Escore System, foi autodeclarado como risco baixo pelos jovens; na segunda, o risco definido como elevado pelo método foi autodeclarado como médio. Consequentemente, a segunda situação aponta que as variáveis do domínio comportamental são autodeclaradas pelos jovens com risco médio para infecção ao HIV.

Gráfico 6- Análise de Correspondência Simples entre as categorias de Risco Comportamental (ECO) e Risco autodeclarado pelos jovens. João Pessoa-PB, 2021



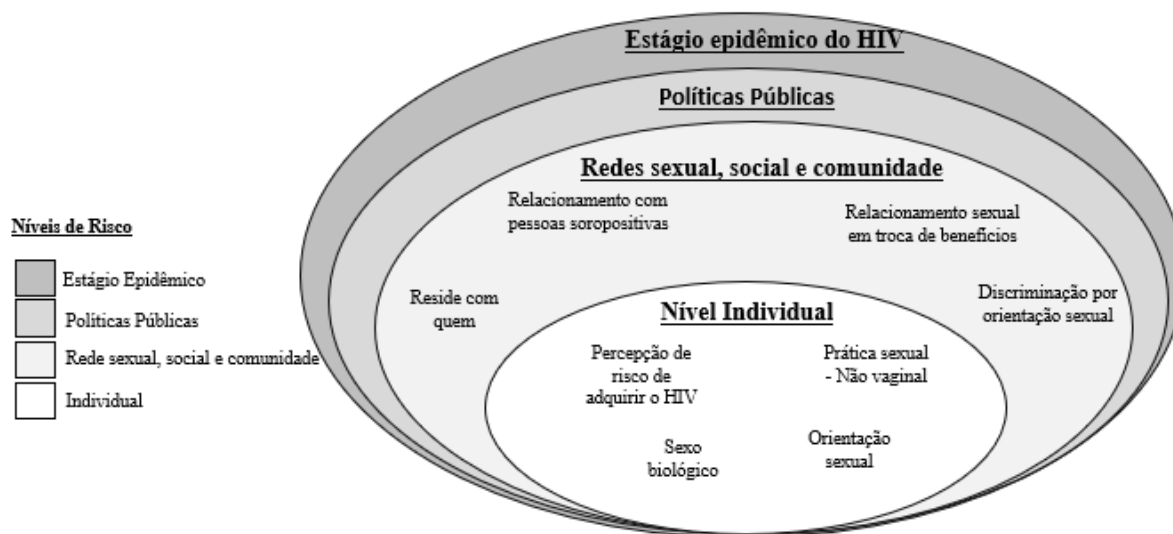
Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

O Modelo Social Ecológico Modificado (MSEM) utilizado como sustentação teórica desta tese (figura 5, página 42), caracteriza-se como uma ferramenta flexível e adaptável a distintos contextos e públicos. A inter-relação entre os níveis de risco que compõem o modelo, serviu de base para a composição do Modelo Teórico do estudo direcionado aos jovens em risco de infecção pelo HIV. O nível “individual” agregou variáveis que compuseram o Domínio Sociodemográfico e Comportamental. Os níveis “rede sexual e social”, “comunidade” e “políticas públicas” foram incorporados no Domínio Socioestrutural.

Ressalta-se que não há um engessamento dos fatores a determinado Nível e, por isso, eles podem estar associados a mais de um nível, em acordo com o desenho metodológico proposto pelo estudo. Nesta pesquisa, as pesquisadoras consideram a importância de inserir as variáveis “*escolaridade*” e “*raça/cor*” no Nível individual, pois caracterizaram sociodemograficamente os jovens, e no Nível de Políticas Públicas uma vez que são consideradas alicerces essenciais na construção de políticas. Já a variável “*recebe suporte*

financeiro” foi atribuída aos Nível Rede sexual, social e comunidade, pois o referido suporte pode vir de um familiar, amigo e/ou parceiro(a), e ao Nível de Políticas Públicas em virtude dos programas sociais de transferência de renda como bolsa família e auxílio emergencial.

Figura 10 - Diagrama do Modelo Social Ecológico Modificado para o risco da infecção pelo HIV em jovens



Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras.

Em todos os níveis do MSEM foi possível identificar que algumas variáveis apresentaram significância estatística para o risco da infecção pelo HIV. No Nível Comportamental, destacaram-se as variáveis relacionadas a fatores biológicos e individuais que contribuíram para um maior risco. No Nível de rede sexual e social, os fatores estavam atrelados a exposição sexual ou parenteral do indivíduo em interação com um grupo de pessoas através de relacionamentos - familiares, amigos e amorosos, que não puderam oferecer um suporte social e/ou reforçar normas sociais protetivas.

No Nível Comunidade foram abarcados os fatores que determinaram a fragilidade do acesso aos insumos e serviços de saúde de prevenção ao HIV assim como reforçaram práticas de estigma, violência e discriminação. No Nível de Políticas Públicas, os fatores contemplados estavam associados às políticas (social, econômica e educacional) que contribuíram negativamente para o risco da infecção. O Nível do Estágio Epidêmico do HIV é o somatório dos fatores descritos nos demais níveis que, fatalmente, favoreceram a soroprevalência do vírus na população.

*Ler fornece ao espírito materiais para o conhecimento, mas só o pensar
faz nosso o que lemos.*

John Locke

5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa, subsidiada pelos elementos do Modelo Social Ecológico Modificado (MSEM), buscou analisar a possível associação entre os fatores sociodemográficos, socioestruturais e comportamentais e o risco associado a infecção pelo HIV.

Para o alcance dos objetivos, exigiu-se previamente a construção e validação de um instrumento que norteara o entendimento de condições que pudessem explicar as vulnerabilidades ao HIV, as quais os jovens estão submetidos nos contextos comportamentais e socioestruturais. Este percurso exigiu o cumprimento criterioso de etapas, na pretensão que em sua versão final permitisse a fiel mensuração do fenômeno pretendido.

Destaca-se que a ampla revisão na literatura pautada em estudos que utilizaram como escopo teórico o MSEM, foram essenciais para definição dos itens e composição dos domínios. Por sua vez, a validação de conteúdo por meio do julgamento dos itens por especialistas, permitiu a inclusão, exclusão e/ou reformulação de itens, de modo que ficassem mais pertinentes e compreensíveis. O envio de instruções e descrições pormenorizadas de cada item, viabilizaram melhor entendimento da finalidade do instrumento.

Finalizando o polo teórico de construção do instrumento (validação de conteúdo), procedeu-se a análise semântica. Esta etapa, foi fundamental para averiguação da inteligibilidade do instrumento na população a que se destina.

Este processo deu origem ao instrumento intitulado **Avaliação Socioestrutural e Comportamental – ASECOMP-HIV**, cuja estrutura interna apresentou evidências de fidedignidade e validade. O aspecto inovador do instrumento, constitui-se pela compreensão combinada entre elementos socioestruturais e comportamentais. Instrumentos centrados, única e exclusivamente, em componentes comportamentais têm sido insuficientes para explicar a dinâmica da epidemia. Assim, o **ASECOMP-HIV** caracteriza-se como uma ferramenta útil, capaz de disponibilizar informações qualificadas sobre os aspectos socioestruturais e comportamentais e aperfeiçoar a compreensão e mensuração das situações de risco que potencializam a vulnerabilidade de jovens à infecção pelo HIV.

Em cumprimento aos objetivos desta tese, empregou-se o instrumento validado, numa amostra de 200 jovens, recrutados por ocasião da realização do teste rápido de HIV. Ainda que a prevalência de soropositividade observada neste grupo de jovens tenha sido de 2,0%, os jovens são o segmento social mais acometidos pelo HIV (CDC, 2007; ENGLAND, 2019) e apenas um em cada três jovens demonstra conhecimento adequado de prevenção ao vírus (WHO, 2021). Em 2020, 1,5 milhões de pessoas se infectou com o HIV (WHO, 2021) e duas

em cada sete novas infecções foram entre os jovens de 15 a 24 anos, no ano de 2019 (UNAIDS, 2021).

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, observou-se um aumento de 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). Ainda em relação aos dados nacionais, estudos realizados nos Estados do Paraná e Rondônia, a população jovem apresentou maiores prevalências de HIV (PRATI *et al.*, 2019; BRANDÃO *et al.*, 2022).

A invisibilidade dos jovens nas políticas de enfrentamento ao HIV/aids, no início da epidemia, certamente contribui para que esta população sofresse os impactos negativos da infecção. Os registros oficiais, como os boletins epidemiológicos, caracterizaram, de forma universal, os jovens em outras categorias como “homossexuais” ou “usuários de drogas”. Esta subcategorização mitigou o conhecimento das populações mais atingidas pelo HIV como também quais eram as vulnerabilidades e os fatores de proteção em relação a infecção (CRUZ, 2005).

Os adolescentes e jovens vêm sinalizando uma atenção especial das políticas de saúde pública (BRASIL, 2013), pois estão mais propensos a correr riscos em comparação com pessoas mais velhas e são menos propensos a reconhecerem-se como vulneráveis aos riscos (CDC, 2012). Apesar da negligência e a insuficiência das ações de políticas públicas, é preciso compreender as necessidades dos jovens para poder ampará-los e analisá-los integralmente de forma a mitigar essas lacunas (VIEIRA *et al.*, 2021).

Na análise do **Domínio Sociodemográfico**, as variáveis “*orientação sexual*” e “*sexo biológico*” apresentaram significância estatística para a infecção pelo HIV. Embora a orientação sexual seja uma construção social, a sua inserção neste Domínio se deu em virtude de as informações colhidas terem sido autodeclaradas pelos jovens da pesquisa, fato este que pode ser entendido como pertencimento a determinado grupo/classe social e que pode ou não influenciar a adoção de práticas sexuais seguras.

No Brasil, em 2020, 55,4% dos HSH foram acometidos com o diagnóstico de HIV, representando mais da metade de todos os casos da infecção (BRASIL, 2021a). Homens que fazem sexo com homens têm 25 vezes mais chances de contrair o HIV do que a população em geral (BRASIL, 2018a). No ano de 2017, aproximadamente 47% das novas infecções pelo vírus estavam entre as populações-chave e em seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2019).

Comportamentos sexuais de risco nesta população estão associados a múltiplos fatores, abrangendo as características individuais, os tipos de práticas e redes sexuais, os aspectos culturais e ambientais e a carência de programas e políticas públicas direcionadas a segurança sexual entre pessoas do mesmo sexo (WAGENAAR; SULLIVAN; STEPHENSON, 2012; SATHANE *et al.*, 2016). Os riscos de aquisição do HIV existem em vários níveis para HSH, incluindo a transmissão eficiente do HIV em relações anais desprotegidas (WAGENAAR; SULLIVAN; STEPHENSON, 2012), o alto número de parceiros sexuais, as grandes redes sexuais e ao estigma, discriminação e violências sofridas (TOMITA *et al.*, 2018; ADEDIMEJI *et al.*, 2019) e o desconhecimento dos mecanismos de proteção contra o HIV (FERREIRA; TORGAL, 2011).

Na Jamaica, uma pesquisa revelou que a prática de sexo pago entre homens que fazem sexo com homens intensifica vulnerabilidades sociais e estruturais do HIV. No contexto estrutural, o estigma imposto aos HSH e a insegurança econômica (insegurança alimentar, moradia instável e o desemprego) apresentaram associações significativas para a infecção relacionadas às barreiras de acesso à saúde, aos direitos sociais e humanos e as políticas públicas cujos cenários de profundas fragilidades podem alimentar ‘as epidemias’ de HIV (LOGIE *et al.*, 2018).

Na África Subsaariana, o contexto social facilita os comportamentos de risco entre os HSH, deixando-os mais susceptíveis à aquisição do HIV. As características demográficas, o status socioeconômico e os arranjos dos relacionamentos amorosos podem produzir condições favoráveis à transmissão do vírus. Contudo, há pouco conhecimento das especificidades destes contextos socioestruturais que expliquem quais são as causalidades que favorecem as práticas de comportamentos de risco (ADEDIMEJI *et al.*, 2019).

No **Domínio Socioestrutural**, as variáveis “*discriminação por orientação sexual*”, “*reside com*” e “*relacionamentos sexuais em troca de benefícios*” apresentaram significância estatística para o risco de adquirir a infecção pelo HIV.

A discriminação é caracterizada por um conjunto de atitudes e comportamentos negativos e depreciativos contra pessoas ou grupos populacionais, provoca oportunidades perdidas, exclusões e privações (HEREK; CHOPP; STROHL, 2007). A cultura da orientação sexual binária, enraizada no imaginário social, é excludente, discriminatória, criminosa, violenta, homofóbica e precisa, urgentemente, de uma medida mais enérgica das autoridades para a instituição de instrumentos legais que garantam a segurança jurídica a estas pessoas (BRAGA *et al.*, 2018; LAWRENZ *et al.*, 2022).

A violência decorrente da intolerância com a orientação sexual é estrutural e acontece frequentemente nas escolas, nas famílias, no trabalho, nos serviços de saúde, na sociedade. Os efeitos deletérios desta ação criminosa produzem repercussões negativas na saúde, tanto física quanto emocional, além da exposição a fatores de risco, como as ISTs, o uso de substâncias psicoativas, o comportamento sexual de risco, entre outros fatores (BRAGA *et al.*, 2018; LAWRENZ *et al.*, 2022). As imposições sociais pertinentes às características pessoais quanto à orientação sexual, os tabus em relação à sexualidade e às infecções sexualmente transmissíveis também impõem fragilidades nas ações em saúde, uma vez que a construção social das práticas e estratégias em saúde são direcionadas para um sistema heteronormativo (HEREK; CHOPP; STROHL, 2007).

De acordo com a UNAIDS (2020), a insegurança jurídica, o estigma e a discriminação social implicam diretamente na adoção de comportamentos não saudáveis por parte das populações chaves convivendo com o HIV, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde e aos meios de inclusão social. Estas situações são vivenciadas de maneiras diferentes conforme os condicionantes estruturais, sociais, comportamentais e individuais das populações.

Homens que fazem sexo com homens também sofrem bastante com violência sexual, física e moral em virtude da orientação sexual. Para aqueles que têm relações sexuais em troca de benefícios, o risco é maximizado tanto para sofrer violência quanto para contrair o HIV. Desafiar os contextos sociais e estruturais de violência é romper com as práticas de estigma, de insegurança econômica e de injustiça social (LOGIE *et al.*, 2018). Dados da pesquisa mostraram que 100% dos jovens que apresentaram teste rápido positivo para HIV sofreram discriminação devido a sua orientação sexual e 75% deles já sofreram algum tipo de violência sexual.

O estigma sofrido impõe medo às pessoas vivendo com o HIV que evitam procurar os serviços de saúde em busca de cuidado e tratamento por receio de terem seus status sorológicos revelados (YEHIA *et al.*, 2015). Independente do conceito adotado para o estigma, as pessoas que o sofrem se distanciam dos serviços ou simplesmente não os procuram para resolver suas necessidades de saúde (GRAU *et al.*, 2017).

As relações estabelecidas na rede social do indivíduo são as interações com seu círculo de convívio como familiares, amigos, colegas de trabalho estendendo-se até para os profissionais de saúde. As interconexões do indivíduo com a comunidade são marcadas pelas normas e valores comunitários existentes e que influenciam o estilo de vida do sujeito. No âmbito das políticas públicas, de maneira mais distal, encontram-se a organização dos

serviços de saúde, as condições socioeducacionais, as questões políticas e econômicas que determinam as “prioridades” em saúde e as inferências culturais que sofrem diretamente as consequências dos outros contextos e que também modelam as intervenções em saúde (AYIEKO *et al.*, 2018).

Pesquisa realizada por Silva *et al.* (2020) identificou que a maioria dos jovens residiam com familiares, porém dificilmente assuntos sobre saúde sexual, reprodutiva e infecções sexualmente transmissíveis eram discutidos com os pais ou responsáveis. Logo, caberia aos amigos, a escola/universidade, a televisão e a internet o papel de orientação. Na pesquisa de Maranhão *et al.* (2017), a orientação sobre como prevenir a gravidez indesejável e as ISTs, antes da primeira relação sexual, foi mais discutida no âmbito escolar (72,2%) do que pelos pais (42,5%). Garcia *et al.* (2022) apontaram que o relacionamento familiar comprometido foi responsável pelo desconhecimento da não adoção de práticas sexuais seguras para a prevenção ao HIV.

Os vínculos familiar e social são fundamentais na rede de apoio que favorecem uma conexão protetiva. Além do vínculo afetivo, a organização social também pode exercer um papel educativo, de orientações, conhecimento e de troca de experiências sobre saúde sexual, reprodutiva e ISTs. Nos jovens com diagnóstico do HIV, dados desta pesquisa apontaram que apenas 15% (1) era orfão de mãe, 75% (3) deles moram sozinhos, 75% (3) estava sem se relacionar amorosamente no momento da pesquisa, 75% (3) não procuraram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como primeiro serviço de saúde, 50% (2) receberam orientações sobre prevenção ao HIV nos serviços, nas escolas/universidade, na mídia/televisão e 15% (1) através dos familiares.

A força dos vínculos que são estabelecidos influencia o comportamento individual e, por isso, estratégias de inclusão de amigos, familiares e parceiros (as) sexuais em programas de orientação, no planejamento familiar, sexual e reprodutivo são importantes para fortalecer as habilidades de resolução de conflitos e promover relacionamentos saudáveis (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Muito se espera na obtenção de resultados mais favoráveis na redução das ISTs, principalmente, no âmbito da esfera individual e com o intuito de analisar os fatores comportamentais que expõem os jovens ao risco de contrair o HIV. No **Domínio Comportamental**, as variáveis “*percepção de risco de ter adquirido o HIV*”, “*sexo não vaginal*” e “*relacionou com alguém soropositivo para o HIV*” foram estatisticamente significantes.

Estudo realizado com jovens universitários, na cidade do Rio de Janeiro, identificou uma baixa percepção de risco em adquirir a infecção pelo HIV, fato este que os tornou mais vulneráveis a contrair o vírus (FONTE *et al.*, 2018). A percepção de risco não condizente frente a situações vulnerabilizantes expõe um risco aumentado de ser infectado (a), ao passo que a consciência da percepção de risco elevada foi associada a comportamentos sexuais seguros, em uma pesquisa realizada com jovens universitárias (SOSTER; SOUZA; CASTRO, 2021).

No que tange ao relacionar-se com pessoas soro discordantes, uma pesquisa realizada com jovens na região metropolitana do Rio de Janeiro apontou que apesar das dificuldades de viver com o vírus e dos receios do abandono e da discriminação, uma parcela dos jovens estava ciente do resultado da sorologia do (a) parceiro (a) e mesmo assim, conseguiram construir alicerces afetivos (AGOSTINI; MAKSDUD; FRANCO, 2018). Dados de uma pesquisa realizada com pessoas convivendo com o HIV apontaram que 31,1% desconheciam o status sorológico de suas parcerias sexuais (OLIVEIRA *et al.*, 2019). O estudo realizado por Silva *et al.* (2015) revelou que 72,3% das pessoas convivendo com o HIV não revelaram seus status sorológicos para as parcerias sexuais casuais enquanto 17,7% não fizeram a revelação para as parcerias sexuais fixas.

A identificação de fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável a infecção pelo HIV precisa romper com a perspectiva do estrito da individualidade privada e passar também a considerar que os indivíduos são atores sociais e estão sujeitos à influência de fatores socioestruturais. A partir de então, a identificação destas associações passará a ser compreendidas sob a perspectiva da dimensão sistêmica e indissociável, que tentam explicar o porquê a epidemia do HIV ainda constituir um grande desafio para a saúde pública (AYRES *et al.*, 2009).

Apresentando uma característica complexa e multinível, os riscos a infecção pelo HIV não se esgotam apenas com os achados da pesquisa e, embora não tenham apresentado significância estatística com este estudo, é importante destacar a associação de algumas variáveis com o risco de adquirir HIV, tais como: identidade de gênero, conhecimento sobre HIV, raça/cor, escolaridade, desigualdade econômica (renda), uso de preservativos, e uso de álcool e outras drogas.

A identidade de gênero masculina e a orientação homossexual representaram 100% da prevalência para a infecção pelo HIV. O gênero masculino pode trazer significativa influência sobre o risco de contaminação pelo vírus, principalmente, quando associados a fatores socioestruturais e comportamentais. Historicamente, os homens são mais acometidos

pela infecção do que as mulheres, logo é possível afirmar que eles estão mais expostos a fatores de risco. Em 2020, para cada 28 homens infectados existiam 10 mulheres infectadas, evidenciando a desproporcionalidade com que homens são mais atingidos pelo vírus (BRASIL, 2021a).

Ao correlacionar a identidade de gênero com fatores comportamentais de risco, como a categoria de exposição sexual e o uso de drogas injetáveis, em 2020, entre os homens, constatou-se que 47,1% dos casos de HIV foram decorrentes de exposição homossexual, 8,3% bissexual, 29,6% heterossexual e 1,3% entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) (UNAIDS, 2019).

Um estudo comparativo realizado em homens que fazem sexo com homens, na África do Sul e nos Estados Unidos, apontou que o baixo conhecimento sobre o HIV esteve associado negativamente com os fatores menor escolaridade; idade menor que 25 anos e maior do que 50; grupo racial não branco, nunca ter realizado teste para HIV, relação sexual desprotegida; desemprego e uso limitado de lubrificante. Esta relação entre os contextos socioestruturais e comportamentais dificulta a tomada de decisão de forma consciente e segura por parte dos indivíduos (WAGENAAR; SULLIVAN; STEPHENSON, 2012).

Estudos nacionais apontaram a associação negativa entre o conhecimento adquirido sobre HIV e os fatores socioestruturais e comportamentais que vulnerabilizam os HSH à infecção, dentre eles, destacaram-se idade menor do que 25 anos, baixa escolaridade, cor da pele não branca, pertencer a classe econômica C, D-E, nunca ter feito o teste previamente (GOMES *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019). Ter realizado teste para sífilis e recebido material educativo, nos últimos 12 meses, foi revelado como fatores positivos para o alto conhecimento sobre o HIV, enquanto a prática de sexo pago foi associada negativamente para o risco da infecção (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Ao analisar a associação dos diversos fatores de exposição ao HIV, as pessoas de raça não branca estão sob risco aumentado de contrair o vírus sejam elas adolescentes (RODRIGUES *et al.*, 2016), profissionais do sexo femininas (SZWARCOWALD *et al.*, 2018), pessoas privadas de liberdade (SOUSA *et al.*, 2017), mulheres (MOTA *et al.*, 2021), homens que fazem sexo com homens (BAUERMEISTER; EATON; STEPHENSON, 2017) e usuário de álcool e de outras drogas (BOSKA *et al.*, 2017).

Nesta pesquisa, constatou-se que 100% dos diagnósticos do HIV foram realizados na população de raça parda. De acordo com boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2020, das pessoas que tiveram o diagnóstico de HIV, 47,9% delas eram da raça parda, seguida pelas raças branca 33,0 % e preta 12,3%. Quando analisados sob a perspectiva de brancos e

não brancos, observa-se que 60,2% da raça não branca foi mais acometida pela infecção (BRASIL, 2021a).

A escolaridade é um indicador social da educação que representa os anos de estudo de um indivíduo e, quando associado a outros indicadores como emprego, renda, moradia, por exemplo, podem revelar desigualdades sociais (IBGE, 2020). O grau de instrução norteia o nível de entendimento e impulsiona habilidades para o desenvolvimento de conhecimentos novos e aprofundados e amplia a capacidade de compreensão (GOMES *et al.*, 2017).

Apesar de compreender a estrutural social a qual a educação está inserida, nesta pesquisa, com a finalidade de caracterizar sociodemograficamente os jovens, esta variável foi atribuída ao Domínio I do instrumento. Dados da pesquisa revelaram que 75% dos jovens com diagnóstico do HIV tinham escolaridade média (ensino médio incompleto ou completo) e 15% tinham escolaridade alta (ensino superior incompleto ou completo). No ano de 2020, 33,0% dos casos de HIV notificados tinham a escolaridade média e 18,1% apresentavam a escolaridade alta (BRASIL, 2021a).

Estudos realizados no Canadá e na África corroboraram que os níveis de escolaridade considerados médio e alto não foram suficientes para evitar os riscos de transmissão do vírus e o percentual satisfatório da realização da testagem pode ser entendido como estratégia de gerenciamento de risco (ENGLER *et al.*, 2016; STALTER *et al.*, 2016). Uma pesquisa realizada no Gâmbia, país da África Ocidental, identificou que quanto maior o grau de instrução dos jovens de 15 a 24 anos, mais adequado foi o conhecimento sobre o HIV e, consequentemente, as chances de realização de testagens também foram maiores (SONKO *et al.*, 2022).

Estes resultados demonstram que o grau de instrução não tem sido suficiente para a adoção da prática de sexo seguro por parte dos adolescentes e jovens. Ademais, a ausência de ações educativas sobre HIV junto aos adolescentes e jovens, dificilmente promoverá mudanças individuais e coletivas que se esperam, pois comportamentos, concepções e atitudes sobre práticas sexuais seguras ultrapassam as questões relacionadas ao intercuro sexual em si e sofrem forte influências dos contextos socioestruturais (DANTAS *et al.*, 2015).

Corroborando com esta perspectiva, um estudo transversal realizado em HSH concluiu haver um baixo conhecimento sobre HIV/aids e a fonte de informação foram as escolas e a televisão (GOMES *et al.*, 2017). Estes achados também foram constatados em uma pesquisa realizada em uma escola no município de Natal-RN, cujos alunos disseram aprender mais sobre as vulnerabilidades e os riscos de adquirir o HIV entre si do que no núcleo familiar ou

com os professores, havendo, portanto, uma transferência de responsabilidade (BARRETO *et al.*, 2020).

O envolvimento de diversos atores na construção de informações seguras para os adolescentes e jovens sobre saúde reprodutiva, sexual e ISTs precisa transpor os paradigmas impostos pela sociedade, pelos aspectos culturais e religiosos. Pais, familiares, profissionais de saúde, escolas e sociedade precisam estar engajados no desenvolvimento de ações de prevenção ao HIV que reduzam as desigualdades enfrentadas pelos jovens, uma vez que eles estão cada vez mais expostos a orientações inadequadas repassadas pelos amigos e por fontes não confiáveis (GARCIA *et al.*, 2022).

Dentro deste espectro de vulnerabilidades decorrentes dos fatores socioestruturais, há um destaque para as iniquidades produzidas pela desigualdade econômica, que é marcada pela distribuição desigual de renda, pois trata-se de um fenômeno complexo que sofre influência de fatores históricos, sociais e da precariedade nos investimentos em políticas públicas. A sua magnitude e seu impacto na sociedade são mensurados através de indicadores que incorporam perfis populacionais e dimensões historicamente (re)conhecidas nas desigualdades da distribuição de renda quando analisadas por gênero, raça/cor, região, situação de domicílio, faixa etária, entre outros (IBGE, 2020).

A renda é um determinante social da saúde e a desigualdade na sua distribuição interfere nas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e, em especial, nas condições de saúde que são fortemente influenciadas pelas injustiças sociais. Além da renda, a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Como forma de identificar a relação entre a renda (variável socioestrutural) e o risco para a infecção pelo HIV, dados da pesquisa evidenciaram que 50% dos jovens com diagnóstico para a infecção viviam com menos de 1 salário-mínimo e os outros 50% (2) viviam com uma renda de 1 a 3 salários, 75% (3) deles tinham algum suporte financeiro, seja ajuda de familiares ou a adesão a alguma política de distribuição de renda do governo e 75% (3) pagavam aluguel.

Ao analisar as informações do valor monetário recebido mensalmente pelos entrevistados ou seus familiares com as despesas essenciais, que comprometem uma parte considerável do orçamento, verifica-se que muitos se encontram em situação de vulnerabilidade social quando se constata que 50% (2) têm renda de menos de 1 salário

mínimo e 50% (2) têm renda de até 3 salários-mínimos. Dos que apresentaram renda de até 3 salários mínimos, 50% (1) residia com 4 pessoas e 50% (1) morava sozinho. Segundo o IBGE (2021), em 2020, cerca de 22 milhões de brasileiros (10,4% da população) viveram com até o valor de $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo cerca de (R\$ 261,00), mensais, e quase 30% viveram com rendimentos mensais de metade do salário-mínimo (cerca de R\$ 522,00). Na outra ponta, 7,2 milhões (3,4%) de brasileiros tiveram rendimentos mensais equivalentes a 5 salários-mínimos, cerca de R\$ 5.225,00 por mês.

No que diz respeito a análise dos contextos socioestrutural (renda de até 3 salários-mínimos) e comportamental (uso de preservativo nas relações sexuais), constatou-se que 50% (2) dos jovens disseram que as vezes usam o preservativo durante a relação sexual, a depender da confiança estabelecida coma parceria sexual. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde comparou o uso do preservativo entre jovens de 15 a 24 anos, de classes sociais A/B e D/E, cuja associação constatou que 68,2% das pessoas em classes mais favorecidas usam mais o preservativo nas relações sexuais do que as pessoas em classes menos favorecidas 52,4% (BRASIL, 2013).

Para Barros, Henriques e Mendonça (2000), existem diversos modos de entendimento sobre a desigualdade econômica brasileira, inserindo-a em um eixo da causalidade que explica o elevado grau de pobreza que é marcada não apenas pela sua *intensidade*, mas, sobretudo, pela sua *estabilidade*. É possível afirmar que a desigualdade extrema é uma condição estrutural e que se mantém inerte apesar das mudanças das últimas décadas. Desigualdade esta que torna o país extremamente injusto, desigual, produtor de iniquidades e que limita oportunidades da população em ter acesso aos serviços de saúde, educação, emprego e renda, cultura e lazer, moradia e melhoria na qualidade de vida.

Destarte, o enfrentamento ao HIV exige uma resposta conjunta dos diversos atores sociais responsáveis pelo enfrentamento da epidemia (sociedade civil organizada, poder público, iniciativa privada, população e universidades). Um indivíduo que não consegue ter acesso a informações e aos serviços de saúde está mais vulnerável à infecção, não apenas pelas consequências de seu comportamento ou escolhas pessoais, mas também em virtude da fragilidade das estruturais sociais. Por isso, as políticas públicas devem enfatizar a redução de iniquidades, priorizando as ações para aqueles que mais precisam, sem perder de vista a essência da integralidade e das transformações de caráter estrutural (SZWARCOWALD *et al.*, 2011).

O uso do preservativo em todas as relações sexuais, em todos os tipos de sexo (oral, vaginal e anal) e o uso do gel lubrificante são fortemente recomendados para a prevenção das

infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada. No Brasil, o uso do preservativo e do gel lubrificante ainda é um desafio na prevenção das ISTs (ALMEIDA *et al.*, 2017), embora se tenha distribuição em larga escala e de forma gratuita para atender as necessidades da população (BRASIL, 2017a). Para Gutierrez *et al.* (2019), os gargalos no acesso e uso do preservativo devem ser removidos, pois aqueles que têm um preservativo podem usá-lo ou não, mas quem não o tem certamente não o usará.

A prática do uso do preservativo também sofre forte influência quando analisada sob a perspectiva da relação de gênero. Estudos realizados por Gutierrez *et al.* (2019) e por Mota *et al.* (2021) apontaram que as mulheres casadas relataram menos uso de preservativos assim como os resultados da pesquisa de Ribeiro *et al.* (2011) que apontaram que as relações monogâmicas e estáveis tendem a ser desprotegidas. Outras pesquisas também revelaram as dificuldades em negociar o uso do preservativo, principalmente em relações estáveis (DOURADO *et al.*, 2015; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018; SOUZA; MUÑOZ; VISENTIN, 2020). Quando se há autonomia nos relacionamentos, a estratégia de negociação do uso de preservativo torna-se mais dialogável, facilitando práticas sexuais mais seguras e protegidas (CROSBY *et al.*, 2013).

Dados da pesquisa apontaram que 75% dos jovens, com resultado positivo do teste rápido, relataram não ser a primeira vez da realização do teste rápido, 75% deles fizeram o teste por motivo de exposição sexual, 50% não usaram o preservativo em todas as relações sexuais, 75% mencionaram ter alguma dificuldade para negociar o uso do preservativo, 100% disseram não ter dificuldade em ter acesso ao preservativo, 15% consideraram suas chances de adquirir o HIV como ‘alta’, 50% já tiveram diagnóstico de alguma IST, 15% já se relacionaram com pessoas soropositivas, 50% referiram consumir álcool e 75% reportaram o uso de drogas ilícitas.

Pesquisa realizada por Gutierrez *et al.* (2019) mostrou que, para ambos os sexos, estar casado (a) ou vivendo com parceiros (as) favoreceu a ocorrência de relações sexuais desprotegidas e o acesso gratuito ao preservativo teve associação positiva para o sexo seguro. Entre os homens, o preservativo tem sido mais frequentemente usado em relações casuais e homoafetivas e, entre as mulheres, nunca ter sido casadas, ter usado preservativo na primeira relação sexual e primeira relação sexual após os 15 anos de idade revelaram associação protetiva. Para as mulheres, a testagem tem sido realizada de modo compensatório em detrimento das relações desprotegidas, como estratégia de gerenciamento de risco. Em todos os grupos, foi clara a menção de que o acesso irrestrito e gratuito aos preservativos está associado aos fatores de proteção.

Na esfera individual, o fator comportamental representa uma parcela significativa das infecções pelo HIV que podem estar vinculada à iniciação sexual precoce. A descontinuidade do uso do preservativo nas relações sexuais, seja com parceiros fixos e/ou com múltiplos parceiros, amplia a possibilidade de exposição e contágio do vírus (PEREIRA *et al.*, 2014; GALVÃO; COSTA; GALVÃO, 2017). Além disso, as vulnerabilidades ao HIV também estão atreladas ao déficit de conhecimento das formas de transmissão da infecção e a baixa percepção de risco (BERTONI *et al.*, 2011).

Quanto ao uso do preservativo por parte dos jovens, há uma baixa adesão tanto na primeira como na última relação sexual, sem diferença significativa do uso entre os homens e mulheres, apesar do grau elevado de conhecimento sobre a relevância da prevenção do HIV. Este resultado permite inferir a existência de um antagonismo entre o conhecimento e a prática e a lacuna resultante desta divergência parecer não ser suficiente para explicar a motivação para o uso do preservativo (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008; CHANDRAN *et al.*, 2012).

Em um estudo foi possível constatar que 90% dos jovens entrevistados relataram ter tido, alguma vez na vida, pelo menos uma relação sexual desprotegida e alguns deles continuam sem utilizar o preservativo cujas relações são caracterizadas pelo amor e confiança no (a) parceiro (a). Também foi possível verificar que a maioria dos jovens pesquisados não obtiveram conhecimento sobre prevenção ao HIV no ambiente escolar, e sim, através de conversas informais com os colegas. Portanto, constata-se que a falta de conhecimento adequado sobre as formas de prevenção ao HIV propicia a adoção de comportamentos de risco (SILVA *et al.*, 2016).

Dados nacionais demonstram que há lacuna entre o (re)conhecimento da importância do uso do preservativo para evitar a transmissão do HIV e o uso deste método de barreira nas relações sexuais. Cerca de 94% dos indivíduos sabem que usar o preservativo é a melhor forma de prevenção, porém apenas 39,1% o usaram na última relação sexual. Quanto a disponibilidade de preservativo nos serviços de saúde, 47,3% não tiveram acesso a este insumo (BRASIL, 2016). Na ausência do preservativo, como estratégia de gerenciamento de risco, recomenda-se o uso de lubrificante durante a prática de sexo anal e a não ejaculação, a profilaxia pós-exposição sexual (PEP) e pré-exposição sexual (PrEP) (BRASIL, 2018).

É preciso desconstruir a crença de que o uso do preservativo reduz a sensação de prazer, pode gerar desconfiança no (a) parceiro (a), que os avanços da ciência promoveram segurança absoluta e, por isso, não é necessário o uso deste insumo, a doutrinação religiosa que não aconselha a utilização, o pouco contato de adolescentes e jovens com repercussões

sobre HIV/aids, em comparação ao início da epidemia, a idealização que apenas alguns grupos sociais estão mais expostos, algumas práticas sexuais oferecem menos riscos, dentre outros. Romper com estes velhos paradigmas é urgente para a mitigação dos efeitos deletérios provocados “pelas epidemias” do HIV (SANTOS *et al.*, 2016; GUTIERREZ *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2021).

Ademais, é importante analisar, de forma regionalizada, o que está por trás da divergência entre conhecimento adequado sobre a prevenção das ISTs e do HIV e o baixo uso dos preservativos. Um estudo realizado por Cavalcanti *et al.* (2015) apontou o desconhecimento sobre as formas de transmissão do vírus, todavia houve o reconhecimento, por parte dos adolescentes, do uso do preservativo como método de prevenção ao HIV. A pesquisa desenvolvida com jovens de 15 a 24 anos, por Gutierrez *et al.* (2019), concluiu que o grau de conhecimento elevado não influenciou no uso do preservativo tanto na primeira como na última relação sexual, sem diferença entre homens e mulheres. A identificação dessas incoerências e lacunas permite um melhor direcionamento das ações e estratégias em saúde para, conseqüentemente, reduzir a incidência de casos da infecção pelo HIV (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

A prática sexual desprotegida ou o uso descontinuado do preservativo, seja com parceiro fixo ou eventual, são uns dos principais desafios no controle do HIV uma vez que estas práticas são recorrentes não apenas entre a população jovem, muito embora o processo de socialização do jovem (exercício precoce da sexualidade, possibilidades de exposição, mudanças de parceiro, consumo frequente de álcool e outras substâncias psicoativas, dentre outros) também seja um desafio a ser enfrentado. Diante deste cenário, é mandatório o conhecimento de grupos e/ou comportamentos mais vulneráveis para a execução de um planejamento estratégico com intervenções nos contextos individuais, culturais, sociais e econômicos para a melhor compreensão da dinâmica do vírus nos diversos contextos (BUSTOS, ELÍAS, BERTOLINI, 2011).

Os usuários de álcool e outras drogas apresentam 35 vezes mais chances de adquirir o HIV (BRASIL, 2018a). O uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas provoca repercussões negativas com sérias consequências pessoais, sociais e de saúde. Ao analisar um dos fatores de associação entre os contextos comportamental e socioestrutural, que potencializam as chances de transmissão do HIV, ter relações sexuais sob o efeito de álcool e outras drogas representa uma interação de risco para o sexo desprotegido (SILVA *et al.*, 2016; GARCIA *et al.*, 2022). Este cenário pode ser ainda mais desfavorável na medida em que a maioria da

população jovem de 15 a 24 anos (66,3%) referiu ter ingerido bebida alcoólica em algum momento da vida (BRASIL, 2016).

O risco de contrair o HIV, estando sob o efeito de álcool e outras drogas, é aumentado uma vez que a percepção cognitiva é comprometida, tornando o sujeito incapaz de tomar decisões conscientes e adequadas. Estudo realizado com universitários apontou que, durante a última relação sexual, 15% deles utilizaram alguma bebida alcoólica, 2,7% alguma droga ilícita e 5,8% ambos (GRÄFI; MESENBURG; FASSA, 2020). Durante as relações sexuais, o envolvimento com múltiplos parceiros sexuais, o não uso de preservativo ou o uso de forma incorreta e o sexo pago são apontados como fatores de risco que têm contribuído na incidência da infecção nesta população (CHAWLA; SARKAR, 2019). Para Uchudi, Magadi e Mostazir (2010), ter múltiplos parceiros aumenta a probabilidade de encontrar um parceiro contaminado com alguma infecção sexualmente transmissível e, paralelamente, as chances de exposição a mais de um patógeno são aumentadas.

A partir das evidências científicas nacional e internacional, é possível afirmar que a associação entre o sexo desprotegido e o uso de álcool e outras drogas é um fator de risco para a ocorrência do HIV. Trazer à tona a discussão desta relação tão importante olhando apenas o vértice de danos à saúde sem, portanto, trazer fundamentos que subsidiam a marginalizam e as vulnerabilidades desta população é chover no molhado. Esta pauta precisa ser discutida sob os aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais para o fortalecimento da Política Pública de Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas. O cuidado humanizado, a legitimação dos direitos humanos e a implementação de emancipatórias devem ser questões inalienáveis para que haja uma mudança paradigmática real na vida destes cidadãos (MOREIRA *et al.*, 2019; HAIDER *et al.*, 2020).

A avaliação da epidemia, através do MSEM, permite que cada nível de risco associado a infecção possa ser objeto de intervenção das políticas públicas com ênfase em estratégias de prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e cuidado. O entendimento que os comportamentos sexuais individuais não explicam, em sua totalidade, a complexidade da dinâmica do HIV, tem sido um passo promissor, sobretudo, no enfrentamento estratégico contra vírus. Todavia, ainda é preciso avançar na compreensão dos contextos socioestruturais, como aspectos culturais, políticos, econômicos e morais, estrutura jurídico-política, pobreza, relações de gênero, raciais e geracionais e escolaridade como fatores que influenciam comportamentos e práticas sexuais de risco para a infecção.

Veni, vidi, vici (vim, vi, venci)

Júlio César

6. CONCLUSÃO

Este estudo alcançou o objetivo da tese de analisar os fatores socioestruturais e comportamentais associados ao risco de infecção pelo HIV, na população jovem de 15 a 24 anos, investigando por meio do **ASECOMP-HIV** a associação entre as variáveis independentes (sociodemográficas/ socioestruturais/ comportamentais) e a variável dependente (desfecho sorológico para o HIV).

Os achados desta pesquisa, permitiram conhecer quais fatores dos Domínios sociodemográfico, socioestrutural e comportamental contribuíram significativamente para o risco de adquirir a infecção pelo HIV nos jovens, dentre eles, destacaram-se: sexo masculino, identidade de gênero masculina, orientação sexual homossexual, a cor parda, média escolaridade, com quem reside, relacionamento sexual em troca de benefícios, discriminação por orientação sexual; risco de ter adquirido o HIV, sexo não vaginal e relacionamento com alguém soropositivo para o HIV.

Com os resultados da tese é possível reconhecer o caráter multifacetado do HIV e a identificação da influência dos contextos sociodemográficos, socioestruturais e comportamentais no desfecho sorológico da população jovem estudada. Um indivíduo que não consegue ter acesso a informações e aos serviços de saúde está mais vulnerável à infecção, não apenas pelas consequências de seu comportamento ou escolhas pessoais, mas também em virtude da fragilidade dos fatores socioestruturais.

O conhecimento mais abrangente e detalhado sobre a população jovem implica em saber quem eles são, como se comportam, quais são as suas necessidades e prioridades, o que querem e como querem, quais são seus medos, anseios e limitações, como a informação sobre fatores de risco e de proteção à saúde é processada, é uma condição *sine qua non* para a compreensão do papel do Estado e da sociedade para assegurar a autonomia, o respeito à identidade e à diversidade individual e coletiva da juventude.

A população jovem prova a cada dia a sua capacidade de articulação, mobilização e protagonismo para propor mudanças, inclusive atuando como produtores de opinião e tomadores de decisões. Essa juventude demonstra força e expõe necessidades que exigem o desenvolvimento de políticas públicas mais alinhadas com as demandas apresentadas.

A sinergia de vulnerabilidades associadas ao HIV tem imposto barreiras significativas para o controle da infecção. Muitos fatores são sabidamente conhecidos, porém de difícil transposição, tais como, desinformação, escolaridade, raça/cor, ineficiência das políticas públicas, fatores econômicos, sociais e culturais, estigma, violência e preconceitos, uso abusivo de álcool e outras drogas, o não uso do preservativo nas relações sexuais, dentre outros fatores.

É imprescindível a construção de agendas estratégicas para uma resposta rápida e conjunta dos diversos atores sociais responsáveis pelo enfrentamento da epidemia - sociedade civil organizada, poder público, iniciativa privada, população e universidades, com vista a elaborar e implementar estratégias para a prevenção da infecção. A aclamação por justiça social e superação das desigualdades sociais são pilares importantes na construção de políticas de saúde mais equânime e universal, todavia apenas o enfrentamento dos entraves político-sociais é insuficiente para assegurar o acesso as ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento em HIV/aids.

Para lograr êxito, as ações de prevenção necessitam de estratégias combinadas, eficientes e de políticas públicas elaboradas para aqueles que mais precisam, sem perder de vista a essência da integralidade e das transformações de caráter estrutural. Embora sejam difíceis de serem alcançados, promover alterações nos componentes socioestruturais é profundamente benéfico e dá sustentabilidade e robustez ao arcabouço de ações para o enfrentamento aos diferentes contextos que influenciam e impactam negativamente as estratégias de prevenção ao HIV.

Destarte, endorsa-se a assertividade na metodologia delineada e a utilização do instrumento elaborado na pesquisa. Quanto aos achados, é possível ratificar a contribuição para o conhecimento de fatores associados ao risco da infecção pelo HIV, na população jovem. Estes resultados podem ser apresentados a Direção do Centro de Acolhimento e Testagem e a Secretaria Municipal de Saúde para serem utilizados como ferramenta de planejamento na elaboração de ações e estratégias mais assertivas de prevenção, endossando a contribuição da ciência na transformação de práticas e políticas em saúde.

Também é possível afirmar alguns pontos fortes que contribuíram para a confiança nos resultados: a construção de um instrumento submetido a validação psicométrica, a inclusão de diferentes variáveis sociodemográficas, socioestruturais e comportamentais e o respaldo dos métodos estatísticos diversificados e adequados as análises realizadas. Apesar de haver lacunas no conhecimento sobre o modelo social ecológico modificado, na literatura, é notável o embasamento teórico e suas contribuições para a análise das variáveis associadas aos riscos de infecção pelo HIV.

Como limitações da pesquisa, podemos apontar que a dinamicidade social e consequente mudança nas configurações sociestruturais e comportamentais exigirão ao longo do tempo revisão e readequação do instrumento. O desenho do estudo transversal não permitiu estabelecer nexos de causalidade com entre as variáveis independentes e a variável dependente, todavia, permitiu explorar associações e levantar hipóteses. Além disso, se

apontam algumas restrições impostas pela pandemia da COVID-19 à etapa da coleta de dados: a baixa demanda dos usuários pelo serviço, a limitação de apenas um pesquisador para coleta, por turno e o horário restrito de funcionamento do serviço. Por fim, recomenda-se que outros estudos possam ser desenvolvidos na perspectiva de superar as limitações deste.

REFERÊNCIAS

ADEDIMEJI, Adebola *et al.* Social contexts as mediator of risk behaviors in Rwandan men who have sex with men (MSM): Implications for HIV and STI transmission.. **PLoS One**. v.14, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6338414/>. Acesso em: 10 mai. 2020.

AGOSTINI, Rafael; MAKSUD, Ivia; FRANCO, Túlio. “Eu tenho que te contar um negócio”: gestão da soropositividade no contexto dos relacionamentos afetivo-sexuais de jovens vivendo com HIV. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 30, p.201-223, 2018.

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev. Bras. Enferm.**, v.70, n.5, 2017.

ALVES, I. N., *et al.* Epidemiological profile of young adults (20 to 24 years) with HIV/AIDS from a town in the hinterland of São Paulo state. **REAS/EJCH**, v. Sup. n. 57. 2020.

AUERBACH, Judith D.; PARKHURST, Justin O.; CACERES, Carlos F. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: conceptual and methodological considerations. **Glob Public Health**. v.6, p.293-309, 2011.

AYIEKO, James *et al.* “Hurdles on the path to 90-90-90 and beyond”: Qualitative analysis of barriers to engagement in HIV care among individuals in rural East Africa in the context of test-and-treat. **PLoS One**. v.13, n.8, 2018. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116983/>. Acesso em: 13 mai de 2020.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/ AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunic Saúde Educ**. v.6, n.11, p. 11-24, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANCA JUNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**[S.l: s.n.], 2009.

BARRETO, Vanessa Pinheiro *et al.* PEER EDUCATION AS STRATEGY FOR HIV/AIDS PREVENTION AMONG ADOLESCENTS. **Saúde e Pesqui.**, v.12, n.3, p. 253-263, 2020.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. DESIGUALDADE E POBREZA NO BRASIL: retrato de uma estabilidade inaceitável. **RBCS**. v. 15 n.42, 2000.

BARAL, Stefan *et al.* Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. **BMC Public Health**. v.13, p.482-90, 2013. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-482>. Acesso em: 24 mai. 2020.

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.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm.** v.65, n.5, p. 751-7, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BERQUÓ, Elza; BARBOSA, Regina Maria; LIMA, Liliam Pereira de. Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS. Uso de preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 34-44, 2008.

BERTONI, Neilane *et al.* Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. **Harm Reduction Journal**, Londres, v. 8, n. 5, 2011.

BOSKA, Gabriella de Andrade *et al.* Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 13, n.4, p.189-195, 2017.

BRADLEY, Janet E. *et al.* Evaluation of Stepping Stones as a tool for changing knowledge, attitudes and behaviours associated with gender, relationships and HIV risk in Karnataka, India. **BMC Public Health**, n.496, 2011.

BRAGA, Iara Falleiros *et al.* VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES E JOVENS HOMOSSEXUAIS E OS IM-PACTOS NA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **RBSH**, v.29, n.1, p.110-121, 2018.

BRANDÃO, M. L., CHAVES, M. M. N., LIMAS, F. M., FELIX, J. V. C., LUCCAS, D. S., LOURENÇO, R. G., FREITAS, J. S. A epidemia HIV em adultos jovens na perspectiva da epidemiologia crítica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefeia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 21 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_pro_mocao_saude.pdf. Acesso em 27 mai. 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 116 p.: Il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – AIDS E DST.** Brasília: Ministério da Saúde, ano 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hivAids-2015>. Acesso em: 21 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta Nº 046/2016.** Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-conjunta-no-0462016-cgpnidevit-ddahvsvsms>. Acesso em: 09 fev. 2021.

_____. 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. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 88 p.

_____. 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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. 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. **Diretrizes Para a Organização dos Serviços de Saúde que Ofertam a Profilaxia Pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. 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 pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. 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. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids.** Brasília: 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais,** 2019a. Disponível em:

<http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 08 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **O que é prevenção combinada**. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>. Acesso em: 12 fev 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BUSTOS, Felipe A.; ELÍAS, Fabíola D.; BERTOLINI, Paolo R. Conducta sexual en adolescentes varones: hacia um nuevo horizonte. **Rev Anacem.**, v.5, n.2, p. 123-127, 2011.

CARNEIRO, Rebeca Rocha. **Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento**. 2019. Dissertação (Mestrado em Modelos em Decisão em Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

CASALE, Marisa ; CARLQVIST, Anna ; CLUVER, Lucie. Recent Interventions to Improve Retention in HIV Care and Adherence to Antiretroviral Treatment Among Adolescents and Youth: A Systematic Review. **AIDS Patient Care STDS**. v.33, v.6, p. 237–252, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6588099/>. Acesso em: 20 de jan. 2021.

CASTRO, Marília da Cunha e; SILVA, Maria Aparecida da. Comportamento dos adolescentes frente ao risco de contaminação com HIV/Aids. **Estudos**. v. 40, n. 4, p. 395-418, 2013.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; ALVES, Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.12, n.3, p. 555-59, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>. Acesso em: 02 dez. 2020.

CAVALCANTI, Lilian Joane *et al*. Adolescentes em acolhimento provisório: uma análise investigativa sobre a vulnerabilidade ao HIV. **J. res.: fundam. care**. v.7, n.2, p.2516-2525, 2015.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. STD Surveillance, 2006. **Special Focus Profiles—Adolescents and Young Adults**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control & Prevention, 2007.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Trends in HIV-related risk behaviors among high school students**: United States, 1991-2011, 2012.

CHANDRAN, Thoovakkunon Moorkoth *et al.* Predictors of condom use and refusal among the population of Free State province in South Africa. **BMC Public Health**, v. 12, 2012. Disponível em: < <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-381>>. Acesso em 10 mai de 2020.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Structural violence against Kothi-identified men who have sex with men in Chennai, India: a qualitative investigation. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. **AIDS Educ Prev**. v.19, n.4, p.346–364, 2007.

CHAWLA, Nishtha; SARKAR, Siddharth. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the Context of Substance Use. **Journal of Psychosexual Health**, v. 1, n.1, p. 26–31, 2019.

COELHO, Heloisa da Veiga; SOARES, Cássia Baldini. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev. esc. enferm.** v. 48, p.111-119, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700111&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2021.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; COSTA, Neusa Maria Costa; MILANI, Alexandre Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.3, 2015.

CONTRERAS, Jesus; GRACIA-ARNÁIZ, Mabel. **Alimentación y cultura**. Barcelona: Ariel; 2005.

COSTA, F. J da. **MENSURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE ESCALAS**: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna Ltda., 2011.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n.3, p.179-186, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a23v34n3.pdf>. Acesso em 13 mai. 2020.

COSTA, Livia Maria Cunha Bueno *et al.* Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV. **Rev. SBPH** [online]. 2018, v.21, n.1, p. 06-35, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 mai. 2020.

COUTO, Mia. **E se Obama fosse Africano?** E outras interinvenções. Lisboa: Caminho; 2009.

CRUZ, Crianças, jovens e suas famílias nas esquadrias da epidemia do HIV/AIDS. **Desidades**. v.7, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v7/n7a03.pdf>. Acesso em 04 jan. 2021.

CRUZ, Elisabete Franco. **Espelhos d'AIDS: infâncias e Adolescências nas tessituras da AIDS**. 2005. 257f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296839766.pdf>. Acesso em: 02 de fev. 2021.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violence a global public health problem. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n 2, abril-junho, 2006.

DANTAS, Mariana de Sousa *et al.* Conjugality and a multi-professional health team's social representations of HIV/AIDS. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 6, 2015.

DECS. **DESCRIPTORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DEGENHARDT, Louise *et al.* Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. **Lancet**, v.376, n.9737, p.285-301, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20650522/>. Acesso em: 02 mar. 2020.

DICLEMENTE, R.J. *et al.* Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective – a commentary. **Public Health**, v. 119, p. 825–836, 2005. Disponível em: https://www.academia.edu/31580704/Prevention_and_control_of_sexually_transmitted_infections_among_adolescents_the_importance_of_a_socio-ecological_perspective_a_commentary. Acesso em: 06 jul. 2020.

DOURADO, Inês *et al.* Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **REV BRAS EPIDEMIOL**. v. 18, p.63-88, 2015.

ELIOT, L. G. (org). **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E PESQUISA**: caminhos para construção e validação. Rio de Janeiro: Wak editora, 2012.

ENGLAND, P.H. **Table 2**: new STI diagnoses and rates by gender, sexual risk, age group and ethnic group, 2014 to 2018. London: Public Health England, 2019.

ENGLER, Kim, *et al.* Explaining the presence of “heterosexual” female clients of a rapid HIV testing site located in the gay village of Montreal, Quebec. **J Prim Care Community Health**, v.7, n.2, p.122-9, 2016.

ESCUDE, M.M.L. *et al.* **Avaliação de novas tecnologias para ampliar o acesso aos centros de testagem e aconselhamento em AIDS**. Relatório Científico Final. São Paulo; 2013. 26 p. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4214>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FERREIRA, Maria Margarida da Silva Reis dos Santos; TORGAL, Maria Constância Leite de Freitas Paúl Reis. Life styles in adolescence: sexual behaviour of Portuguese adolescents. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.3, p.588-94, 2011.

FIELDING, J. E., TEUTSCH, S.; BRESLOW, L. A framework for public health in the United States. **Public Health Reviews**. v. 32, n. 1, p. 174-189, 2010.

FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes da *et al.* Conhecimento e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis entre jovens universitários*. **Cogitare Enferm.**, v.23, n.3, 2018.

FONTES, M. B. *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n.4, p.1343-52, 2017.

FREITAS, L. V. *et al.* Exame físico no pré-natal: Construção e validação de hipermídia educativa para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n.4, p. 581-588, 2012.
GALVÃO, J.M.V.; COSTA, A.C.M.; GALVÃO, J.V. Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPI**, v.6, n.1, p. 4-8, 2017.

GARBIN, Cléa A.S. *et al.* Percepção de adolescentes em relação às doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. **DST j bras doenças sex transm.** v.22, n.2, p.60-3, 2010.

GARCIA, Esmelsy Cabrera *et al.* Representações sociais de adolescentes sobre a transmissão do HIV/AIDS nas relações sexuais: vulnerabilidades e riscos. **Escola Anna Nery**, v.26, 2022.

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo Dall. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. saúde colet.** v.23, n.7, p. 2327-2338, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2327-2338>. Acesso em: 11 fev. 2021.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães *et al.* Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.33, n.10, 2017.

GRÄFI, Débora Dalmas; MESENBURG, Marília Arndt; FASSA, Ana Cláudia Gastal. Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n.41, 2020.

GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen Rose; BATTISTELLA NEMES, Maria Inês. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-8, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005. Acesso em 22 abr. 2020.

GRAU, Laretta E. *et al.* Barriers and facilitators of the HIV care continuum in Southern New England for people with drug or alcohol use and living with HIV/AIDS: perspectives of HIV surveillance experts and service providers. **Addict Sci Clin Pract.** v.12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623965>. Acesso em: 19 mai. 2020.

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis Computational Statistics** - Focus Article, v. 2, p.613-619, 2010.

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland *et al.* Conhecimento sobre HIV/aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. **REV BRAS EPIDEMIOL.**, v.22, 2019.

GUTIERREZ, Eliana Battaglia *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em jovens – inquérito de base populacional. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v. 22, 2019. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-790X2019000100431&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 mai. 2020.

HAIDER, **Mohammad Rifat** *et al.* Illicit drug use and sexually transmitted infections among young adults in the US: evidence from a nationally representative survey. *Int J STD AIDS*, v. **31**, n.13, p. 1238–1246, 2020.

HASTIE, T.; TIBSHIRANI, R.; FRIEDMAN, J. **Elements of Statistical Learning**: Data mining, inference, and prediction. Second Edition, Springer, 2009.

HEREK, Gregory M.; CHOPP, Regina; STROHL, Darryl. **Sexual stigma**: Putting sexual minority health issues in context. In MEYER, Ilan. H.; NORTHRIDGE, Mary. E. (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*, p. 171–208, 2007.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A.; ALMEIDA, P. C. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.64, n.5, p.882-889, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.
IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Juventude levada em conta – demografia. 2013**. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/90/1/IPEA_juventude_2013.pdf
Acesso em 01 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=26#topo_piramide. Acesso em: 07 jan. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro. 2020. 148 p.

JIMENEZ, Luciene; ASSIS, Daniel Adolpho Daltin; NEVES, Assis Ronaldo Gomes. Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde. **Saúde debate**. v.39, n. 107, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n107/1092-1104/>. Acesso em: 05 mai. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Plano Municipal de Saúde**. 2022.

JONAS, Kim. Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours: A three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. **Reprod Health**. v.13, n.1, 2016

KHUZWAYO, Nelisiwe; TAYLOR, Myra. Exploring the socio-ecological levels for prevention of sexual risk behaviours of the youth in Mgungundlovu District Municipality, KwaZulu-Natal. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**. v.10, n.1, 2018. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1590/2381>. Acesso em: 29 abr. 2020.

KUMPFER, K. L.; TURNER, C. W. The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. **Substance Use & Misuse**. v. 25, n.4, p.435-463, 1990.

LANE, S.D. *et al.* Structural violence and racial disparity in HIV transmission. [Editorial]. **J Health Care Poor Underserved**. v.15, n.3, p. 319–335, 2004.

LATKIN, C. A.; KNOWLTON, A. R. Social Network Approaches to HIV Prevention: Implications to Community Impact and Sustainability. In: E. TRICKETT, J.; PEQUEGNAT, W. (Eds.) **Community interventions and AIDS**. Oxford University Press, 2005, p. 105–129.

LAWRENZ, Priscila *et al.* Violência Motivada por Preconceito contra a Diversidade Sexual na Infância e Adolescência de Homens Homossexuais. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 209-230, 2022.

LEWIS, Ruth *et al.* Navigating new sexual partnerships in midlife: a socioecological perspective on factors shaping STI risk perceptions and practices. **Sex Transm Infect**. v. 96, p.238–245, 2020. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/sextrans/96/4/238.full.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2020.

LOGIE, Carmen H. *et al.* Social-ecological factors associated with selling sex among men who have sex with men in Jamaica: results from a cross-sectional tablet-based survey. **Global Health Action**, v. 11, n.1, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16549716.2018.1424614?needAccess=true>. Acesso em: 23 de mar. de 2022.

MAHAJAN, Anish P. *et al.* Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS**. v.22, p. 67–79, 2008. Disponível em: https://journals.lww.com/Aidsonline/Fulltext/2008/08002/Stigma_in_the_HIV_AIDS_epidemic__a_review_of_the.10.aspx. Acesso em: 07 mai. 2020.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v.29, n. 2, 2018.

MARANHÃO, Thatiana Araújo *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.22, n.12, p.4083-4094, 2017.

MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e validade. **Rev Bras Ges Neg**. v.8, n.20, p.1-12, 2006.

MASQUILLIER, Caroline *et al.* On the Road to HIV/AIDS Competence in the Household: Building a Health-Enabling Environment for People Living with HIV/AIDS. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v.12, p. 3264-3292, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273767360_On_the_Road_to_HIVAIDS_competence_in_the_household_building_a_health-enabling_environment_for_people_living_with_HIVAIDS. Acesso em 11 mai. 2020.

MCLEROY, K.R. *et al.* An ecological perspective on health promotion programs. [Review]. **Health Educ Q**. v.15, n.4, p.351–377, 1988.

MEDEIROS, Rosana Kelly da Silva *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. n. 4, p.127-135, 2015.

MIRANDA, Patrícia Sofia Ferreira *et al.* Comportamentos sexuais: estudo em jovens. **Einstein** (São Paulo). v.16, n.3, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000300211&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 14 nov. 2020.

MOREIRA, Sueli Aparecida *et al.* Percepção de risco como estratégia de convívio comensal com jovens órfãos pelo HIV/AIDS em São Paulo, SP, Brasil. **Interface Comunicação saúde educação**. v.22, n.64, p.141-52, 2018. Dispo em nível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160425.pdf>. Acesso em 12 mar. 2020.

MOREIRA, Laísa Rodrigues; DUMITH, Samuel Carvalho; PALUDO, Simone dos Santos. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, pp. 1255-1266, 2018.

MOREIRA, Carla Regina *et al.* Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. *Rev Bras Enferm.*, n.72, p.326-35, 2019.

MOTA, Georgiane Silva *et al.* DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E USO DO PRESERVATIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS EM MULHERES RURAIS. **Cogit. Enferm.**, v.26, 2021.

MOURA, E. R. F., BEZERRA, C. G., OLIVEIRA, M. S.; DAMASCENO, M. M. C. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v.11, n.4, p.435-443, 2008.

OLDING, Michelle *et al.* A historical review of HIV prevention and care initiatives in British Columbia, **Canada. Journal of the International AIDS Society**. v. 20, p. 1996-2015, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.7448/IAS.20.1.21941>>. Acesso em 08 mai. 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **HIV/aids**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids>. Acesso em: 24 mar. 2021.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: Um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 17, n.1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha. Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. **Revista de Enfermagem Referência**. n.13, série IV, p. 71-82, 2017.

OLIVEIRA, Layze Braz de *et al.* Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids: orientação sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais. **Enfermería Global**, n.54, p. 38-50, 2019.

PAIVA, Vera; PERES, Camila; BLESSA, Cely. Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP.** v.13, n.1, 2002.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100004. Acesso em: 14 mar. 2021.

PARAIBA. Secretária do Estado da Saúde. Documento Impresso - **Casos de AIDS diagnosticados na população jovem de 15 a 24 anos**. 2018.

PAEK, H., HOVE, T., & OH, H. J. Multilevel analysis of the impact of school-level tobacco policies on adolescent smoking: The case of Michigan. **Journal of School Health.** v. 83, n.10, p. 679-689, 2013.

PARKER, Richard, AGGLETON, Peter. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.**, v.57, n.1, p. 13-24, 2003.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clín.** v. 25, n.5, p.206-13, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255a.htm>. Acesso em: 03 fev. 2021

PASQUALI, Luiz. **TESTES REFERENTES A CONSTRUTOS: teoria e modelo de construção.** InPASQUALI, L. et. al. INSTRUMENTAÇÃO PSICOLÓGICA: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 165-198.

_____. Psicometria. **Rev. esc. enferm.** v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jan. 2021.

_____. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.** Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

_____. Validade dos testes. **Revista Examen.** v. 1, n. 1, p. 14-48, 2017.

PARKHURST, Justin O. Structural approaches for prevention of sexually transmitted HIV in general populations: definitions and an operational approach. **J Int AIDS Soc.**, v.17, n.1, 2014.

PECHANSKY, Flavio; HIRAKATA, Vânia; METZGER, David. Adaptação e validação de questionário sobre comportamentos de risco para Aids em usuários de droga. **Braz. J. Psychiatry**, v.24, n.3, 2002.

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. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.19, n.3, p.747-758, 2014.

PERROCA, Marcia Galan. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, .1, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

POUNDSTONE, K.E.; STRATHDEE, S.A.; CELENTANO, D.D. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. [Meta-Analysis Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. **Epidemiol Rer.** v.26, p.22–35, 2004.

PRATI, W. J., SOUZA, Y. V. S., SANTOS, J. M. S. Análise epidemiológico da ocorrência de casos de hiv/ aids entre adolescentes e jovens do município de Ji-Paraná, Rondônia. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.** v. 26, n.3, p.15-18. 2019.

PRICE, J.T. *et al.* Predictors of HIV, HIV Risk Perception, and HIV Worry among Adolescent Girls and Young Women in Lilongwe, Malawi. **Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 77, n. 1, p. 53–63, 2018.

RAYMUNDO, Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje.** v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768/4188>. Acesso em: 03 mar. de 2021.

RIBEIRO, KCS; SILVA, J; SALDANHA AAW. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST - J Bras Doenças Sex Transm.**, v.23, n.2, p. 84-84, 2011.

RODRIGUES, J.A. *et al.* Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v. 20, n.2, p. 141-148, 2016.

RUBIO, D.M, *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res.** v.27, n.2, p.94-111, 2003.

SABISTON, C. M., Lovato, *et al.* School smoking policy characteristics and individual perceptions of the school tobacco context: Are they linked to students' smoking status? **Journal of Youth and Adolescence.** v.38, n.10, p.1374-1387, 2009.

SALAZAR, Laura F. *et al.* Applying ecological perspectives to adolescent sexual health in the United States: rhetoric or reality? **Health education research.** v.25, n.4, 2010.

SANCHEZ, H. F. **Construção e validação de um instrumento para avaliação dos serviços públicos de saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários**, Belo Horizonte. 2013. 196f. [TESE]. Doutorado – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis.** v.20, n.3, p.995-1015, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SANTOS, Camila Pêsoa *et al.* Adesão ao uso de preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev Bras Pesq Saúde**, v. 18, n.2, p. 60-70, 2016.

SANTOS, Ana Paula Freitas Bahia dos *et al.* A análise do uso da técnica Delphi na tomada de decisão em pacientes críticos: uma revisão sistemática. **Rev Med.** v.99, n.3, p.291-304, 2020.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/160704/161326>. Acesso em: 01 mar. 2021.

SILVA, Welington dos Santos *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, 2015.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da *et al.* Adolescent students knowledge about transmission, prevention and risky behavior related to STD/HIV/ AIDS. **J. res.: fundam. care. online** v.8, n.4, p.5053-5061, 2016.

SOSTER, Andresa Pinho; SOUZA, Miguel Luis Alves de; CASTRO, Elisa Kern de. Percepção de Risco e Comportamentos de Saúde em Relação ao Sexo Casual em Universitárias. **Psico-USF**, v. 26, n. 1, p. 117-128, 2021.

SOUZA, Flávia Moreno Alves de; MUÑOZ, Ivette Kafure; VISENTIN, Izabela Calegario. Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **HUMANIDADES & TECNOLOGIA EM REVISTA (FINOM)**, v. 20, 2020.

STALTER, Randy *et al.* Association of sexual risk behavior with previous HIV testing among VCT clients in Kigali, Rwanda. **Int J STD AIDS**, n.14, p.1317-25, 2016.

SATHANE, I. *et al.* Risk Factors Associated with HIV Among Men Who Have Sex Only with Men and Men Who Have Sex with Both Men and Women in Three Urban Areas in Mozambique. **AIDS Behav.**, v.20, n.10, p. 2296–2308, 2016.

SIDDIQI, N. **Credit Risk Scorecards: Developing and Implementing Intelligent Credit Scoring**. 2006.

SILVA, Rodrigo Augusto T. M. Leal da. Diversidade e liberdade sexual: Defensoria Pública, movimentos sociais e a PrEP no SUS. **Serv. Soc. Soc.** v. 132, p. 346-361, 2018.

SILVA, Layla Caroline Lino da *et al.* Conhecimento de homens jovens sobre infecção pelo HIV e fatores associados. **Rev baiana enferm.**, n.34, 2020.

SOARES, Leonardo Ribeiro *et al.* Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. **Adolesc. Saude**. v. 12, n. 2, p. 76-84, 2015.

SOARES, Jacqueline Evelyn Figueiredo *et al.* Validação de instrumento para avaliação do conhecimento de adolescentes sobre hanseníase. **Acta paul. enferm.** v.31, n.5, p.480-488, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000500480&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2021.

SONKO, Ismaila *et al.* Predictors of HIV testing among youth aged 15–24 years in The Gambia. **Plos One**, v.18, 2022.

SOUZA, K.A.A *et al.* Factors associated with HIV prevalence in a prison population. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, 2017.

SPÍNOLA, A. W. P. **Delphos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.

STOKOLS, D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. **American Psychologist**. v.47, n.1, p.6-22, 1992. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.1.6>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, Sup 1, p.19-26, 2011.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine**. v. 97, 2018.

TAQUETTE, Stella R. HIV/ Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and difference. **Saude soc.** v. 22, n.2, p.618-628, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/en_v22n2a29.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.

TOMITA, A. *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.

UCHUDI, J.; MAGADI, M.; MOSTAZIR, M. A multilevel analysis of the determinants of high-risk sexual behaviour in sub-Saharan Africa. **J Biosoc Sci.**, v.44, n.3, p. 289-311, 2012.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Facts and Figures**. World AIDS Campaign. 1999a. Disponível em: https://data.unAids.org/pub/report/1999/19990201_facts_figures_en.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

_____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Key Issues and Ideas for Action**. World AIDS Campaign. 1999b. Disponível em: https://data.unAids.org/pub/report/1999/19990201_key_issues_en.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

_____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **A ONU e a resposta à Aids no Brasil**. 2ª Edição. Brasília: UnAids-Brasil; 2010. Disponível em: <https://unAids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2020.

_____. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Fact Sheet** - as mais recentes estatísticas globais e regionais sobre o status da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS, 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

_____. Seizing the Moment Global. **Tackling entrenched inequalities to end epidemics**. AIDS UPDATE. 2020. Disponível em: https://www.unAids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-Aids-report_en.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

_____. **Populações-chave estão sendo deixadas para trás**. 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/2019/04/populacoes-chave-estao-sendo-deixadas-para-tras/>. Acesso em: 10 fev de 2020.

_____. **Estatísticas**. 2021. Disponível em: < <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>>. Acesso em: 10 jun de 2022.

UNESCO. **Educação e HIV**: evolução e perspectivas. – Brasília: UNESCO, 2016. 188 p. Disponível em: https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/EDUCACAO_HIV_EVOLUCAO_PERSPECTIVAS. Acesso em 05 jan. 2021.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Adolescent HIV prevention**. 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/#:~:text=HIV%20in%20adolescents,of%20new%20adult%20HIV%20infections>. Acesso em: 10 mai. 2021.

VIEIRA, Priscila Mugnai; MATSUKURA, Thelma Simões. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. **Rev. bras. Educ.** v.22, n. 69, p. 453-474, 2017.

VIEIRA, Gustavo Neves *et al.* O HIV/AIDS entre os jovens no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Health and Biosciences**, v.2, n.1, 2021.

VILLELA, W.V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n.3, p. 531-40, 2015.

YEHIA, Baligh R. *et al.* Barriers and facilitators to patient retention in HIV care. **BMC Infect Dis.**, v. 14, 2015.

WAGENAAR, Bradley H; SULLIVAN, Patrick S.; STEPHENSON, Rob. HIV Knowledge and Associated Factors among Internet-Using Men Who Have Sex with Men (MSM) in South Africa and the United States. **HIV Knowledge and Associated Factors**, v.7, n.3, 2012.

WELLINGS, Kaye *et al.* Sexual behavior in context: a global perspective. **Lancet**. v.368, p.1706–1728, 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_2.pdf?ua=1. Acesso em: 07 mai. 2020.

WHO. World Health Organization. **Child and adolescent health and development**. Genebra: OMS. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44314/9789241599368_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 jul. 2020.

_____. World Health Organization. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection**. 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. World Health Organization. **Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections 2019**. Accountability for the global health sector strategies, 2016–2021. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324797/WHO-CDS-HIV-19.7-eng.pdf>. Acesso em: 05 de fev. 2021.

_____. World Health Organization. **Summary of the global HIV epidemic .2019a**. Disponível em: https://www.who.int/hiv/data/2019_summary-global-hiv-epi.png. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. World Health Organization. **Maternal, newborn, child and adolescent health**. HIV and youth. 2020. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/en/. Acesso em: 10 de nov. 2021.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. **The Delphi technique**: a methodological discussion. J. Adv. Nurs., n. 19, p. 180-186, 1994.

ZHANG, X *et al.* The HIV/AIDS epidemic among young people in China between 2005 and 2012: results of a spatial temporal analysis. **HIV Medicine**. v.18, n.3, p. 141-150, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hiv.12408>. Acesso em: 20 de jan. 2021.

ZUCCHI, Eliana Miura *et al.* Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n.7, 2018.

APÊNDICE I – Primeira versão do instrumento.

A. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS	
1.	Idade em anos: _____
2.	Qual o seu sexo: 1 Masculino 2 Feminino
3.	Qual é a sua identidade de gênero: 1.Homem 2. Feminino 3 Homem trans 4 Mulher trans 5. Travesti 6. Não binário 7. Outro: _____
4.	Qual é a sua orientação sexual: 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual
5.	Qual é a sua cor: 1. Branco 2. Pardo 3. Negro 4. Outra
6.	Escolaridade: 1 . Sem escolaridade 2. Fundamental Incompleto 3. Fundamental completo 4. Ensino Ensino Médio(incompleto) 5. Ensino Médio (completo) 6. Ensino superior (incompleto) 7. Ensino superior (completo)
7	Cidade e bairro em que reside:
B. COMPONENTES COMPORTAMENTAIS	
8	Motivo da realização do teste: _____
9	Você acha que sua chance de ter o HIV é: 1. Nenhuma 2. Pouca 3. Moderada 4. Alta 5. Muito alta
10	O quanto você está preocupado(a) com a possibilidade de ter contraído o vírus (HIV): 1. Nem um pouco 2. Pouco 3.Moderado 4. Muito 5. Extremamente
11	Fazer o teste de HIV ajuda a ficar mais tranquilo: 1. Sim 2. Não
12	É a primeira vez que busca o teste rápido/sorologia para o HIV? 1. Sim 2. Não 12.1 Se não: quantas vezes você já fez o teste? _____ 12.2 Quanto tempo faz que realizou o último teste: _____
13	Já fez uso de Profilaxia Pós-Exposição (PEP): 1. Sim 2. Não
14	Já fez uso de Profilaxia Pré-Exposição (PreP): 1. Sim 2. Não
15	A idade da primeira relação sexual: _____

16	Sua primeira relação sexual foi? 1. Consentida 2. Forçada
17	Nos últimos seis meses, quantos parceiros sexuais você teve: 1. Nenhum 2. De 1 a 2 parceiros 3. De 3 a 5 parceiros 4. Igual ou acima de 6 parceiros
18	Com que frequência você usa o preservativo: 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
19	Qual (is) prática (s) sexual (is) você costuma fazer: 1. Vaginal 2. Anal insertivo 3. Anal receptivo 4. Oral 5. Vaginal e anal 6. Anal e oral 7. Anal, vaginal e oral 8. Outras:
20	Com que frequência costuma negociar o uso de preservativo com o (a) parceiro (a): 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
21	Você já fez sexo com duas ou mais pessoas ao mesmo tempo: 1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder
22	Já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV? 1. Sim 2. Não 3. Não sei
23	Qual o status sorológico do (a) atual parceiro (a)? 1. HIV negativo 2. HIV positivo 3. Não sabe 4. Não está se relacionando no momento
24	Você já fez sexo sob o efeito de álcool? 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
25	Você já fez sexo sob o efeito de drogas ilícitas? 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
26	Você já teve diagnóstico de IST: 1. Sim 2. Não 3. Não sei
C. COMPONENTES SOCIOESTRUTURAIS	
27	Qual o tipo de piso tem a sua casa? 1. Terra ou areia batida 2. Cimento 3. Piso/cerâmica
28	A sua casa tem acesso a água encanada: 1. Sim 2. Não
20	Você tem celular: 1. Sim 2. Não
30	Você tem acesso a internet em casa: 1. Sim 2. Não
31	No último mês, você considera que a quantidade de alimentos na sua casa foi: 1. Suficiente 2. Insuficiente
32	Na última semana, você dormiu alguma noite com fome? 1. Sim 2. Não

33	Qual a sua ocupação atual: 1. Desempregado 2. Estudante 3. Estuda e trabalha 4. Trabalho formal 5. Trabalho informal 6. Autônomo
34	Qual o seu status de relacionamento atual: 1. Sem parceiro (a) 2. Em um relacionamento 3. Relacionamento casual 4. Parceiros concorrentes
35	Qual o seu status parental: 1. Pais vivos 2. Órfão de mãe 3. Órfão de pai 4. Órfão dos dois progenitores
36	Atualmente, com quem você divide moradia? 1. Pais 2. Parentes 3. Sozinho 4. Com amigos 5. Com parceiro(a) 6. Outros: qual:
37	Você tem suporte financeiro ou material (recursos para alimentação/habitação etc)? 1. Sim 2. Não 42.1 Se sim, qual: _____
38	Qual a sua renda familiar mensal? 1. Até 2 SM 2. 2 a 4 SM 3. 4 a 10 SM 4. 10 a 20 SM 5. Acima de 20 SM
39	Você já sofreu algum tipo de violência física: 1. Sim 2. Não 3. Recusou a responder 44.1 Se sim, de quem: 1. Parceiro 2. Parente 3. Desconhecido 4. Outro 5. Recusou-se a responder
40	Você vivenciou situação de abuso sexual? 1. Sim 2. Não 3. Recusou a responder Se sim: Em qual período do ciclo de vida: 1. Infância 2. Adolescência 3. Juventude Por quem a violência foi praticada: 1. Parceiro 2. Parente 3. Desconhecido 4. Outro 5. Recusou-se a responder
41	Você se sente ou já sentiu-se forçado a praticar sexo com o(a) parceiro (a): 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
42	Você já teve relacionamentos sexuais em troca de benefícios (pagou ou recebeu dinheiro ou outros itens)? 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
43	Você já foi discriminado por sua orientação sexual: 1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder 43.1 Se sim, por quem? 1. Família 2. Profissionais de Saúde 3. Colegas de trabalho 4. Colegas da Escola/universidade 5. Outros: _____

44	Você já foi discriminado por sua identidade de gênero: 1.Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder 44.1 Se sim, por quem? 1. Família 2. Profissionais de Saúde 3. Colegas de trabalho 4. Colegas da Escola/universidade 5. Outros: _____
45	Você já esteve preso ou institucionalizado: 1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder
46	Você já fez algum tratamento psiquiátrico: 1. Sim 2. Não 3. Recusou-se a responder 50.1 Se sim, por quanto tempo: _____
47	Qual o serviço você recorre quando sua situação de saúde exige cuidados: 1.ESF 2. UPA 3. Hospitais 4. Consultórios particulares 5. Outros: _____
48	Você já teve dificuldade em realizar o teste rápido para HIV? 1. Sim 2. Não
49	Você já recebeu algum tipo de orientação de promoção/prevenção ao HIV? 1. Sim 2. Não 54.1 Se sim, de quem: _____
50	Você tem dificuldade em acessar preservativos/gel lubrificante gratuitos: 1. Nunca 2. Quase nunca 3. As vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
51	Você tem dificuldade em ter acesso ao CTA: 1. Sim 2. Não
52	O quão satisfeito você ficou com o atendimento recebido no CTA? 1. Nenhum Pouco 2. Pouco 3. Satisfeito 4. Muito satisfeito

APÊNDICE II- Segunda versão do instrumento.

N° do questionário: _____	Município de Coleta: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Duração da entrevista: _____	
Digitador: _____ Data da Digitação: ____/____/____	

DOMÍNIO I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Nº	Variável	Categorias de respostas	Pertinência do item (Escala Likert) 1- Discorda totalmente 2- Discorda parcialmente 3- Sem opinião 4- Concorda parcialmente 5- Concorda totalmente	Comentários /Sugestões
1	QUAL A SUA IDADE?	_____ (em anos)	[1] [2] [3] [4] [5]	
2	QUAL SEU SEXO? (se refere ao sexo biológico)	[] Feminino [] Masculino [] Intersexo	[1] [2] [3] [4] [5]	
3	QUAL SUA IDENTIDADE DE GÊNERO? (diz respeito ao gênero com o qual uma pessoa se identifica, independentemente do sexo, ou seja, das características biológicas).	[] Homem [] Mulher [] Homem transgênero [] Mulher transgênero [] Não binário [] Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
4	QUAL SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL? (está relacionado com as diferentes formas de atração	[] Homossexual		

	afetiva e sexual de cada um)	☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Assexuado ☐ Pansexual ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
5	QUAL SUA COR OU RAÇA? (definição IBGE)	☐ Branco ☐ Pardo ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Indígena	[1] [2] [3] [4] [5]	
6	ESCOLARIDADE (Anos de estudo)	_____ (informar quantos anos estudou)	[1] [2] [3] [4] [5]	
7	PROCEDÊNCIA (cidade e bairro)	_____, _____	[1] [2] [3] [4] [5]	

DOMÍNIO II- VARIÁVEIS SOCIOESTRUTURAIS				
Nº	Variável	Categorias de respostas	Pertinência do item (Escala Likert) 1- Discorda totalmente 2- Discorda parcialmente 3- Sem opinião 4- Concorda parcialmente 5- Concorda totalmente	Comentário/ Sugestões
8	QUAL A SUA OCUPAÇÃO ATUAL? (diz respeito à função/profissão ou atividade que a pessoa desempenha- inclui trabalhos, empregos, ofícios, serviços, tarefas). Mostra a dependência ou independência do núcleo familiar/as condições sociais, de emprego.	☐ Estudante ☐ Trabalha formal ☐ Trabalho informal ☐ Estudante/trabalha ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	

9	QUAL O SEU STATUS DE RELACIONAMENTO ATUAL? O estado de relacionamento é uma condição definida pelo seu grau de relacionamento amoroso com outra pessoa.	☐ Relacionamento fixo ☐ Relacionamento casual ☐ Relacionamento com mais de um parceiro ☐ Sem relacionamento ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
10	QUAL O SEU STATUS PARENTAL? Relacionado com os parentes, com quem se mantém laços consanguíneos ou frateros: dinâmica parental. (a opção não sei, aplica-se para pessoas que foram abandonadas pelos genitores)	☐ Pais vivos ☐ Órfão de mãe ☐ Órfão de pai ☐ Órfão dos genitores ☐ Não sei	[1] [2] [3] [4] [5]	
11	ATUALMENTE, COM QUEM VOCÊ DIVIDE MORADIA? (mostra a estrutura familiar/social) poderá assinalar mais de uma opção	☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmãos ☐ Avós ☐ Parentes ☐ Amigos ☐ Parceiro (a) ☐ Sozinho (a)	[1] [2] [3] [4] [5]	
12	QUANTAS PESSOAS DIVIDEM A MORADIA COM VOCÊ? (mostra a estrutura familiar/social)	_____	[1] [2] [3] [4] [5]	
13	QUAL A SUA RENDA FAMILIAR MENSAL?	☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ Entre 1 e 2 salários mínimos ☐ Entre 2 e 3 salários mínimos ☐ Entre 3 e 4 salários mínimos ☐ Acima de 5 salários mínimos	[1] [2] [3] [4] [5]	
14	VOCÊ TEM SUPORTE FINANCEIRO OU MATERIAL?(RECURSOS PARA ALIMENTAÇÃO/HABITAÇÃO ETC) (mostra a estrutura familiar/social/econômica)	☐ Sim (Se sim, qual (is): _____) ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	

15	QUAL O TIPO DE PISO TEM A SUA CASA (mostra as condições econômicas/sociais do indivíduo)	☐ Terra ou areia batida ☐ Cimento ☐ Cerâmica/piso ☐ Outro	[1] [2] [3] [4] [5]	
16	SUA CASA É: (mostra as condições econômicas/sociais do indivíduo)	☐ Própria quitada ☐ Própria em quitação ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
17	VOCÊ TEM TELEFONE CELULAR? (mostra acessibilidade à informação, comunicação, interações sociais)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
18	VOCÊ TEM ACESSO A INTERNET: (mostra acessibilidade à informação, comunicação, interações sociais)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
19	NO ÚLTIMO MÊS, VOCÊ CONSIDERA QUE A QUANTIDADE DE ALIMENTOS NA SUA CASA FOI: (Mostra as condições econômicas/sociais do indivíduo)	☐ Suficiente ☐ Insuficiente	[1] [2] [3] [4] [5]	
20	NA ÚLTIMA SEMANA, VOCÊ DORMIU ALGUMA NOITE COM FOME? (Mostra as condições econômicas e vulnerabilidade social do indivíduo)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
21	VOCÊ JÁ ESTEVE PRESO (A) OU INSTITUCIONALIZADO (A)? (Mostra a vulnerabilidade social e o risco de adquirir o HIV - população chave)	☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro não responder	[1] [2] [3] [4] [5]	
22	VOCÊ JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO?	☐ Sim (Se sim, por quanto tempo: _____)	[1] [2] [3] [4] [5]	

		☐ Não ☐ Prefiro não responder		
23	VOCÊ JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA FÍSICA? (mostra a suscetibilidade de ter adquirido o HIV e o problema social e de saúde pública da violência. Reforçando que a violência é de notificação compulsória. Estudos o sobre violência sexual são importantes no cenário das Políticas Públicas de Saúde)	☐ Sim. (Se sim, ir para a questão 24) ☐ Não. (Se não, ir para a questão 25)	[1] [2] [3] [4] [5]	
24	CASO TENHA SOFRIDO VIOLÊNCIA FÍSICA: QUEM FOI O AGRESSOR? (justificativa: idem a questão anterior)	☐ Parceiro ☐ Parente ☐ Desconhecido ☐ Prefiro não responder ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
25	VOCÊ JÁ TEVE RELACIONAMENTOS SEXUAIS EM TROCA DE BENEFÍCIOS? (pagou ou recebeu dinheiro ou outros itens)?	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
26	VOCÊ JÁ FOI DISCRIMINADO POR SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL? (mostra a violência sofrida pelo indivíduo)	☐ Sim. (Se sim, ir para a questão 27) ☐ Não. (Se não, ir para a questão 28)	[1] [2] [3] [4] [5]	
27	CASO VOCÊ TENHA SOFRIDO DISCRIMINAÇÃO POR SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL, QUAL (IS) PESSOA(S) AGIRAM DE FORMA DESRESPEITOSA? (mostra por quem a violência foi praticada)	☐ Família ☐ Profissionais de saúde ☐ Colegas da escola/universidade ☐ Colegas de trabalho ☐ Desconhecido ☐ Prefiro não responder ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
28	VOCÊ JÁ FOI DISCRIMINADO POR SUA IDENTIDADE DE GÊNERO? (mostra a violência sofrida pelo indivíduo)	☐ Sim. (Se sim, ir para a questão 29) ☐ Não. (Se não, ir para a questão 30)	[1] [2] [3] [4] [5]	
29	CASO VOCÊ TENHA SOFRIDO DISCRIMINAÇÃO POR SUA IDENTIDADE DE	☐ Família ☐ Profissionais de saúde	[1] [2] [3] [4] [5]	

	GENÊRO, QUAL(IS) PESSOA(S) AGIRAM DE FORMA DESRESPEITOSA? (mostra por quem a violência foi praticada)	☐ Colegas da escola/universidade ☐ Colegas de trabalho ☐ Desconhecido ☐ Prefiro não responder ☐ Outro: _____		
30	QUAL O PRIMEIRO SERVIÇO QUE VOCÊ PROCURA QUANDO SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE EXIGE CUIDADOS:	☐ Equipe de Saúde da Família ☐ Unidade de Pronto Atendimento ☐ Hospitais ☐ Consultórios particulares ☐ Outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
31	VOCÊ JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO AO HIV? (Mostra se os serviços de saúde realizam ações de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST)	☐ Sim (Se sim, de quem: _____) ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
32	VOCÊ TEVE DIFICULDADE EM REALIZAR O TESTE RÁPIDO PARA HIV? (Mostra se os serviços de saúde oferecem testagem como demanda livre conforme preconiza o Ministério da Saúde)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
33	VOCÊ TEM DIFICULDADE EM ADQUIRIR PRESERVATIVOS (Mostra se os serviços de saúde disponibilizam insumos para prevenção as ISTs)	☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
34	VOCÊ TEM ou TEVE ALGUMA DIFICULDADE EM TER ACESSO AO CTA? (Mostra se os serviços de saúde oferecem testagem como demanda livre conforme preconiza o Ministério da Saúde)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
35	O QUÃO SATISFEITO VOCÊ FICOU COM O ATENDIMENTO RECEBIDO NO Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA?	☐ Satisfeito ☐ Pouco satisfeito ☐ Nada satisfeito	[1] [2] [3] [4] [5]	

DOMÍNIO III- VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS				
Nº	Variável	Categorias de respostas	Pertinência do item (Escala Likert) 1- Discorda totalmente 2- Discorda parcialmente 3- Sem opinião 4- Concorda parcialmente 5- Concorda totalmente	Comentário/ Sugestões
36	É A PRIMEIRA VEZ QUE BUSCA O TESTE RÁPIDO PARA O HIV?	☐ Sim ☐ Não. Se não: Quantas vezes realizou o teste? _____(em meses). Quanto tempo faz que realizou o último teste? _____(em meses)	[1] [2] [3] [4] [5]	
37	QUAL O MOTIVO PARA REALIZAR O TESTE?	☐ Exposição sexual ☐ Compartilhamento de objetos ☐ Curiosidade ☐ Exame periódico ☐ Presença de infecção ou comorbidade ☐ outro: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
38	QUAL A SUA IDADE NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? (mostra a idade que iniciam sua vida sexual)	_____ (em anos) Se não teve relação sexual, ir para a questão XXX.	[1] [2] [3] [4] [5]	
39	SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL FOI CONSENTIDA? (Mostra se mantiveram relações sem consentimento,	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	

	ou se houve algum tipo de pressão (violência)			
40	VOCÊ JÁ TEVE DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL? (Identificar a possibilidade de coinfeções e/ou infecções frequentes)	[☐] Sim Se sim, qual (is): _____ [☐] Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
41	ALGUMA VEZ TEVE EXPOSIÇÃO (contato sexual desprotegido, acidente com agulhas) E FEZ USO DE MEDICAÇÃO PARA REDUZIR RISCO DA INFECÇÃO PELO HIV? (a intenção é investigar se já fez uso da profilaxia pós-exposição- PEP)	[☐] Sim Se sim, há quanto tempo: _____(meses) [☐] Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
42	VOCÊ JÁ FEZ USO PREVENTIVO DE MEDICAMENTOS ANTES DA EXPOSIÇÃO AO RISCO DE ADQUIRIR O HIV? (a intenção é investigar se já fez uso da profilaxia pré-exposição- PREP, no caso de população chave)	[☐] sim Se fez uso, por que parou, motivo? _____ [☐] não	[1] [2] [3] [4] [5]	
43	QUAL O RISCO DE VOCÊ TER ADQUIRIDO O HIV?	[☐] Baixo [☐] Moderado [☐] Alto	[1] [2] [3] [4] [5]	
44	NAS SUAS RELAÇÕES SEXUAIS, COM QUE FREQUENCIA VOCÊ UTILIZA O PRESERVATIVO?	[☐] Sempre [☐] Às vezes [☐] Nunca Se nunca/às vezes, justificar o motivo: _____	[1] [2] [3] [4] [5]	
45	VOCÊ TEM DIFICULDADE DE NEGOCIAR O USO DE PRESERVATIVO COM O (A) PARCEIRO (A): Mesmo que a adesão ao uso do preservativo seja	[☐] Sempre [☐] Às vezes	[1] [2] [3] [4] [5]	

	constante, em algumas situações, a pessoa precisa negociar o uso do preservativo (empoderamento)	[] Nunca		
46	QUAL (IS) PRÁTICA(S) SEXUAL (IS) VOCÊ COSTUMA FAZER?	☐ Vaginal ☐ Anal insertivo ☐ Anal receptivo ☐ Oral	[1] [2] [3] [4] [5]	
47	JÁ SE RELACIONOU COM ALGUÉM SOROPOSITIVO PARA O HIV? (Risco de adquirir o HIV para casais sorodiferentes)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	[1] [2] [3] [4] [5]	
48	QUAL O STATUS SOROLÓGICO DO (A) ATUAL PARCEIRO (A)? (Risco de adquirir o HIV para casais sorodiferentes)	☐ HIV negativo ☐ HIV positivo ☐ Não sei ☐ Não está em um relacionamento no momento	[1] [2] [3] [4] [5]	
49	VOCÊ INGERE BEBIDA ALCÓOLICA? (Risco aumentado para o não uso de insumos de prevenção)	☐ Sim ☐ Não Se sim, deixou de usar preservativo sob efeito de álcool? ☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	
50	VOCÊ USA/USOU DROGAS ILÍCITAS INJETÁVEIS? (Risco aumentado por transmissão sanguínea e ser população-chave)	☐ Sim ☐ Não	[1] [2] [3] [4] [5]	

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. Não 3. 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. Não 3. 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>): 1. Serviços de saúde 2. Escola/universidade 3. Trabalho 4. Folheto 5. Televisão/mídia 6. Familiares 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 quanto satisfeito você ficou com o atendimento recebido no CTA: 1. Satisfeito 2. Pouco satisfeito 3. Nada satisfeito
C. VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	
31	É a primeira vez que busca o teste rápido para HIV: 1. Sim 2. Não Se não: 31.1 Quantas vezes realizou o TR: _____ 31.2 Há quanto tempo realizou o último TR: _____(meses) 31.3 Quais serviços você procurou: _____

32	Qual o motivo para realização do teste atual: 1. Exposição sexual 2. Compartilhamento de objetos 3. Curiosidade 4. Exame periódico 5. Presença de infecção/comorbidade 6. Gestação 7. Outro: _____
33	Qual foi a sua idade na primeira relação sexual: _____
34	Sua primeira relação sexual foi consentida: 1. Sim 2. Não
35	Você já teve diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? 1. Sim 2. Não 3. Não sei 35.1 Se sim, qual (is) (diagnóstico): _____
36	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): 1. Sim 2. Não 36.1 Se sim, há quanto tempo: _____
37	Você já fez ou faz uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao risco de adquirir o HIV (PrEP) 1. Sim 2. Não 37.1 Se sim, há quanto tempo: _____
38	Qual o risco de você ter adquirido o HIV: 1. Baixo 2. Moderado 3. Alto 4. Não sei
39	Nas suas relações sexuais, com que frequência você utiliza o preservativo: 1. Sempre 2. As vezes 3. Nunca 39.1 Se as vezes e nunca, justifique: _____
40	Você tem dificuldade de negociar o uso de preservativo com o (a) parceiro (a): 1. Sempre 2. As vezes 3. Nunca
41	Qual (is) prática (s) sexual (is) você costuma fazer (<i>múltipla escolha</i>): 1. Vaginal 2. Anal insertivo 3. Anal receptivo 4. Oral
42	Já se relacionou com alguém soropositivo para o HIV: 1. Sim 2. Não 3. Não sei

43	Qual o status sorológico do (a) atual parceiro (a): 1. HIV negativo 2. HIV positivo 3. Não sei 4. Não está se relacionando no momento
44	Você ingere bebida alcoólica: 1. Sim 2. Não 44.1 Se sim , deixou de usar o preservativo sob o efeito de álcool: 1. Sim 2. Não 3. Não se lembra
45	Você usa/usou drogas ilícitas: 1. Sim 2. Não 45.1 Se sim , deixou de usar o preservativo sob o efeito de droga ilícita: 1. Sim 2. Não 3. Não se lembra

APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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 Social Ecológico 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 V – Termo de Assentimento.

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 Social Ecológico 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.

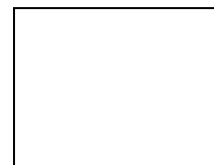
Eu, _____, tendo recebido

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

ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP do CCS/UFPB.

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 macromeglóides 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: comitedestica@ccs.ufpb.br